

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5**

**Aplikace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče u  
pacienta s frakturou colli femoris na jednotce intenzivní péče**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ŠNAJDAROVÁ PETRA

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studující obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Mynaříková Eva 2011

Praha 2011

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Šnajdarová Petra  
3. BSV

## Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 13. 4. 2011 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Aplikace konceptu Bazální stimulace u pacienta s frakturou colli  
femoris na jednotce intenzivní péče

Concept of Basal Stimulation in Use for Patient with Hip Fractures in  
Intensive Care

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Mynaříková

V Praze dne: 30. 5. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 30. října 2011 Podpis.....|

  
.....Šnajdarová Petra

## **ABSTRAKT**

ŠNAJDAROVÁ, Petra. *Aplikace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče u pacienta s fracturou colli femoris na JIP*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Mynaříková Eva. Praha. 2011. s. 75.

Hlavním tématem bakalářské práce je aplikace konceptu Bazální stimulace do ošetrovatelské péče u pacienta s fracturou colli femoris na jednotce intenzivní péče. Teoretická část se zaměřuje na vznik a historii, principy a podstatu konceptu bazální stimulace vnímání. Dále se zabývá rozdělením jednotlivých forem stimulace a možností aplikace a integrace do ošetrovatelského procesu, zahrnuje také problematiku zlomeniny krčku stehenní kosti, její současnou léčbu a rehabilitační ošetřování. Obsahem praktické části je zpracování ošetrovatelského procesu u pacientky s fracturou colli femoris a aplikace konceptu bazální stimulace vnímání do jednotlivých intervencí.

Klíčová slova

Koncept Bazální stimulace, fractura colli femoris, ošetrovatelský proces

## **ABSTRACT**

ŠNAJDAROVÁ, Peter. Application of the concept of Basal stimulation in nursing care patient with a fracture colli femoris in ICU. College of Health, o.p.s. Degree qualifications: Bachelor (Bc.). Thesis supervisor: Mgr. Mynaříková Eve. Prague. 2011th p. 75.

The main topic of the thesis is the application of the concept of Basal stimulation in nursing care in a patient with a fracture colli femoris in intensive care.

The theoretical part focuses on the origin and history, principles and essence of the concept of basal stimulation of perception. It also deals with distribution of various forms of stimulation and possibilities of application and integration into the nursing process; it also includes issues of femoral neck fractures, the current treatment and rehabilitative care.

The content of the practical part of the process of nursing process in a patient with a fracture colli femoris and application of the concept of basal stimulation to the perception of individual interventions.

### **Keywords**

Basal Stimulation concept, colli femoris fracture, nursing process

## **Předmluva**

Současné ošetřovatelství integruje do péče dle stavu a momentální situace pacienta různé koncepty s cílem poskytnout stimulační péči a včasnou rehabilitační péči. Denně lze u většiny ošetřovatelských činností spojených se základní nebo specializovanou péčí užít konceptu Bazální stimulace, Bobath konceptu, Kinetiky a jiné.

Práce je zaměřena na oblast pro mě velice blízkou, neboť pracuji na jednotce intenzivní péče Traumatologického centra. Ať už je to nutnost akutní péče či jen observace zdravotního stavu, je zde hospitalizovaná řada klientů s různou věkovou hranicí (mimo dětí), u kterých dochází ke změnám v oblasti hybnosti. Uplatňuje se zde také péče o geriatrické pacienty, seniory s demencí, nemocné neklidné, dezorientované a dlouhodobě upoutané na lůžko. Tyto pacienty lze zařadit do konceptu bazální stimulace, využívat teoretických a praktických dovedností proškolených pracovníků.

Koncept Bazální stimulace vnímání nás oslovil a dal stimul zapřemýšlet o změně v přístupu a nahlížení na pacienta již před osmi lety kdy jsme společně s šesti kolegyněmi absolvovali základní i nadstavbový kurz konceptu Bazální stimulace a získali mezinárodní Certifikát umožňující nám aplikovat tento koncept do praxe.

Postupně jsme započali s integrací prvků BS do ošetřovatelského procesu a to po jednotlivých výkonech, aby nedošlo k narušení dobře fungující koncepce ošetřovatelského procesu a nezatěžovali jsme personál prací navíc. Postupným vzděláváním dalších kolegyň, integrací prvků a zdokonalování techniky je tým traumatologické JIP proškolený ze 75 % a dokáže, umí a hlavně chce dál pokračovat a začleňovat prvky konceptu systematicky do péče o naše nemocné.

# OBSAH

1	KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE .....	12
1.1	Vznik a vývoj konceptu Bazální stimulace .....	12
1.2	Vzdělávání v rámci konceptu bazální stimulace a legislativa v ČR .....	12
1.3	Podstata vnímání.....	13
1.4	Komunikace v konceptu bazální stimulace vnímání .....	14
1.5	Cíle konceptu bazální stimulace .....	15
2	PRVKY KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE .....	16
2.1	Somatická stimulace .....	17
2.1.1	Somatická stimulace zklidňující.....	17
2.1.2	Somatická stimulace povzbuzující .....	18
2.1.3	Neurofyziologická stimulace.....	19
2.1.4	Polohování v konceptu Bazální stimulace.....	19
2.2	Optická stimulace .....	21
2.3	Auditivní stimulace.....	21
2.4	Orální stimulace.....	21
2.5	Olfaktorická stimulace.....	22
2.6	Taktilně – haptická stimulace .....	22
2.7	Biografická anamnéza .....	22
3	FRAKTURA KRČKU STEHENNÍ KOSTI .....	23
3.1	Diagnostika .....	23
3.2	Léčba.....	23
3.3	Rehabilitace .....	24
4	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	26
4.1	Fáze ošetřovatelského procesu .....	26
5	PÉČE O PACIENTY NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE .....	28

5.1 Příjem pacienta na jednotce intenzivní péče.....	28
5.2 Specifika ošetrovatelské péče na jednotce intenzivní péče .....	29
PRAKTICKÁ ČÁST .....	32
6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	32
6.1 Anamnéza .....	33
6.2 Medicínský management: .....	39
6.3 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit .....	43
6.4 Autobiografická anamnéza ke konceptu bazální stimulace.....	44
6.5 Ošetrovatelské diagnózy aktuální .....	47
6.6 Celkové hodnocení .....	55
6.7 Doporučení pro praxi .....	56
ZÁVĚR .....	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	58
SEZNAM PŘÍLOH.....	61



## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

JIP – Jednotka intenzivní péče

RTG – Rentgenové záření, náhrada adjektiva rentgenový

APPE – Apendektomie

CMP – Cévní mozková příhoda

BV – Bakteriologické vyšetření

CKP – Cervikokapitální protéza

BS – Bazální stimulace

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 Identifikační údaje	str. 32
Tabulka č. 2 Vitální funkce při přijetí	str. 33
Tabulka č. 3 Léková anamnéza	str. 34
Tabulka č. 4 Gynekologická anamnéza	str. 34
Tabulka č. 5 Posouzení současného stavu ze dne 9. 9. 2011	str. 35
Tabulka č. 6 Aktivity denního života	str. 37
Tabulka č. 7 Výsledky krevních odběrů – krevní obraz	str. 40
Tabulka č. 8 Výsledky krevních odběrů – koagulace	str. 40
Tabulka č. 9 Výsledky krevních odběrů – biochemie	str. 40
Tabulka č. 10 Léky podávány per os	str. 41
Tabulka č. 11 Léky podávány intravenózně	str. 41
Tabulka č. 12 Léky podávány subkutánně	str. 41
Tabulka č. 13 Léky podávány intramuskulárně	str. 41
Tabulka č. 14 Jiné medikace	str. 41
Tabulka č. 15 Autobiografická anamnéza dle konceptu bazální stimulace	str. 44
Tabulka č. 16 Ošetrovatelské diagnózy aktuální	str. 47

# ÚVOD

Ošetřující ve všech oborech medicíny, na všech typech pracovišť, přicházejí denně do styku s různými pacienty. Každý z nich je jedinečná osobnost se svými prožitky, návyky, životními zkušenostmi a způsobem komunikace. Nejnáročnějším úkolem ošetřujícího je pochopit potřeby pacienta, poznat a porozumět jeho stylu komunikace a na základě toho mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu.

Taková ošetřovatelská péče, jež umožňuje pacientovi integraci do současného života s maximálním přihlédnutím a využitím jeho dřívějších životních návyků a zkušeností a navíc akceptuje jeho budoucí životní potřeby je péče vysoce profesionální, kvalitní a humánní.

Bakalářská práce nabízí pohled na vznik a historii, principy a podstatu konceptu bazální stimulace vnímání. Dále nás seznamuje s rozdělením jednotlivých forem stimulace, možností aplikace a integrace do ošetřovatelského procesu, zahrnuje také problematiku zlomeniny krčku stehenní kosti, její současnou léčbu a rehabilitační ošetřování.

Obsahem praktické části je zpracování ošetřovatelského procesu u pacientky s fracturou colli femoris a aplikace konceptu bazální stimulace vnímání do jednotlivých intervencí.

Hlavním cílem práce je obeznámit všeobecné sestry z různých oborů o možnosti realizace ošetřovatelských intervencí jak základní tak i specializované péče s aplikací prvků konceptu bazální stimulace vnímání a tím nejen dopřát jistou duševní radost a pohodu nemocnému v prostředí jednotky intenzivní péče, ale i posílit a urychlit jeho návrat k jeho dřívějšímu životu.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Díky smyslům můžeme vnímat sebe sama a okolní svět. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání (FRIEDLOVÁ, 2007, s. 19).

### 1.1 Vznik a vývoj konceptu Bazální stimulace

Autorem konceptu je prof. dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog, který během pětiletého vědeckého projektu v rámci doktorandského studia vypracoval koncept bazální stimulace. Na bázi schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály, a také reagovat přes kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání navázal komunikaci s dětmi s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami.(FRIEDLOVÁ, 2007). Vycházel z vědeckých studií v oblasti prenatální vývojové psychologie a zabýval se podporou senzomotorické komunikace.

Do ošetrovatelské péče přenesla koncept bazální stimulace v 80. letech 20. století prof. Christel Bienstein, zdravotní sestra, která pracovala mnoho let ve Vzdělávacím centru německého profesního svazu pro ošetrovatelská povolání v Essenu v Německu, a také v oblasti intenzivní medicíny. Aplikací konceptu do ošetrovatelské péče u pacientů ve vigilním kómatu prokázala úspěšnost tohoto komunikačního a vývoj podporujícího konceptu také v oblasti ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně (FRIEDLOVÁ, 2005). Prof.Christel Bienstein a prof. Andrea Fröhlich se společně podílejí na vědeckých projektech v oblasti konceptu bazální stimulace.

### 1.2 Vzdělávání v rámci konceptu bazální stimulace a legislativa v ČR

Bazální stimulace patří v zemích Evropské unie k uznávaným a aplikovaným konceptům v oblasti speciální pedagogiky a hlavně v oblasti ošetrovatelství. Aby byl zajištěn kvalitní transfer konceptu do klinické praxe, musí být lektoři absolventi čtyřsemestrálního studia konceptu zakončené závěrečnou zkouškou ve vybraných vzdělávacích institucích. Lektoři dále vzdělávají zdravotní sestry, lékaře,

fyzioterapeuty, speciální pedagogy, vychovatele a další v certifikovaných kurzech zakončených zkouškou. Absolventi těchto certifikovaných kurzů obdrží mezinárodní certifikát, který umožňuje erudovaně a řízeně aplikovat koncept do praxe v celé Evropské unii. Již od roku 2004 je koncept integrován do tematických plánů pro studijní program zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách.

Ve Vyhlášce MZ ČR o stanovení činností všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č. 424/2004, §4, odstavec h, je přímo zmíněno, že všeobecná sestra po získání odborné způsobilosti provádí rehabilitační ošetřování, a to zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace.

### 1.3 Podstata vnímání

Fyziologie definuje lidské vědomí jako bdělý stav, v němž je člověk schopen sebeuvědomování, orientované pozornosti a záměrného jednání a myšlení na základě souboru smyslových a paměťových informací. Stav vědomí zahrnuje řízenou schopnost k senzorickým podnětům, aktivaci paměťových stop, vytváření nových souvislostí a myšlenek na základě zkušeností. Vědomí je výsledkem souhry neuronálních dějů z řady oblastí mozku (TROJAN, 2003, s. 708).

Podnětem je rozuměna každá změna zevního nebo vnitřního prostředí organismu, která působí na neuron. O účinnosti podnětu rozhoduje jeho kvalita, kvantita, doba trvání a rychlost změny intenzity podnětu (TROJAN, 2003).

Působení podnětu se nazývá stimulace. Podnět vyvolává vzruch. Vzruch je fyziologický děj, v podstatě stejný ve všech nervových vláknech. Podstatou vzruchu je fyzikálně chemická změna přenášená nervovým vláknem. Nervový systém přenáší a zpracovává řadu různých informací. Každý přenos informací musí mít svou vstupní část – **receptor**. Receptory jsou specifické pro příjem určitého podnětu a informace nejen přijímá, ale také dále zpracovávají. Dále je informace vedena axonem a převáděna synapsí na výkonný orgán nebo na jiný vstup. Nervový systém má však i schopnost přizpůsobovat se nejrůznějším vlivům, což se označuje jako schopnost plasticity. Plasticita je v mládí větší a s věkem ubývá (AMBER, 2004).

Lidský mozek disponuje schopností plasticity. Poškozené struktury mohou nabýt znovu svých funkcí, případně jiné oblasti mozku mohou převzít jejich funkce. Tuto skutečnost lze využít v péči o postižené děti, ale také o pacienty po traumatických

či jiných postiženích mozku. Podpora vnímání spočívá v podpoře reprodukce paměťových stop z dřívějších vývojových fází. Předpokladem je poskytnutí dostatku adekvátních podnětů, aby mohlo dojít k budování neuronálních struktur. Podněty, které se v péči poskytují, musí být neprahové a dobře strukturované (FRIEDLOVÁ, 2007, s. 23).

#### **1.4 Komunikace v konceptu bazální stimulace vnímání**

Komunikace je proces, během kterého na sebe působí účastníci tohoto procesu. Komunikační proces tvoří 5 složek. Pokud některá chybí, komunikace nemůže probíhat.

Složky komunikačního procesu:

- komunikátor (mluvčí) – osoba, od níž sdělení vychází,
- komunikant (příjemce) – osoba, které je sdělení určeno,
- komuniké – vysílaná zpráva,
- zpětná vazba – zpráva o tom, že informace byla přijata,
- kontext – prostředí a situace, ve které komunikace probíhá.

Aby komunikace mohla probíhat, musí být komunikant i komunikátor schopni informace vnímat, analyzovat a reagovat na ně. Také musí být splněny podmínky chtít umět a moci komunikovat (KŘIVOHlavý, 1995).

Komunikace může být verbální (pomocí slov), ale také neverbální (mimoslovní). Mimoslovní komunikace pojednává o způsobu sdělení, jeho formě a obsahu (KŘIVOHlavý, 1995). Komunikačními kanály v komunikačním procesu mohou být všechny smyslové orgány, v konceptu bazální stimulace tedy hovoříme o možnosti využití dle stavu a schopností pacienta, těchto komunikačních kanálů:

- somatického,
- vestibulárního,
- vibračního,
- auditivního,
- optického,
- olfaktorického,
- taktilně – haptického.

Každá komunikace se děje v určitém prostředí, kontextu, a ten je neopakovatelný. Při komunikaci se účastní řada psychických procesů a jevů. Tento fakt zohledňují terapeuti v komunikaci s nemocným v rámci konceptu bazální komunikace. Komunikace s lidmi, jejichž vědomí nebo vyjadřovací možnosti jsou velmi omezené, je velice náročná a vyžaduje nejen znalosti dané problematiky, ale i dostatečnou schopnost zaznamenávat reakce pacienta, protože mohou být zcela nepatrné (FRIEDLOVÁ, 2007).

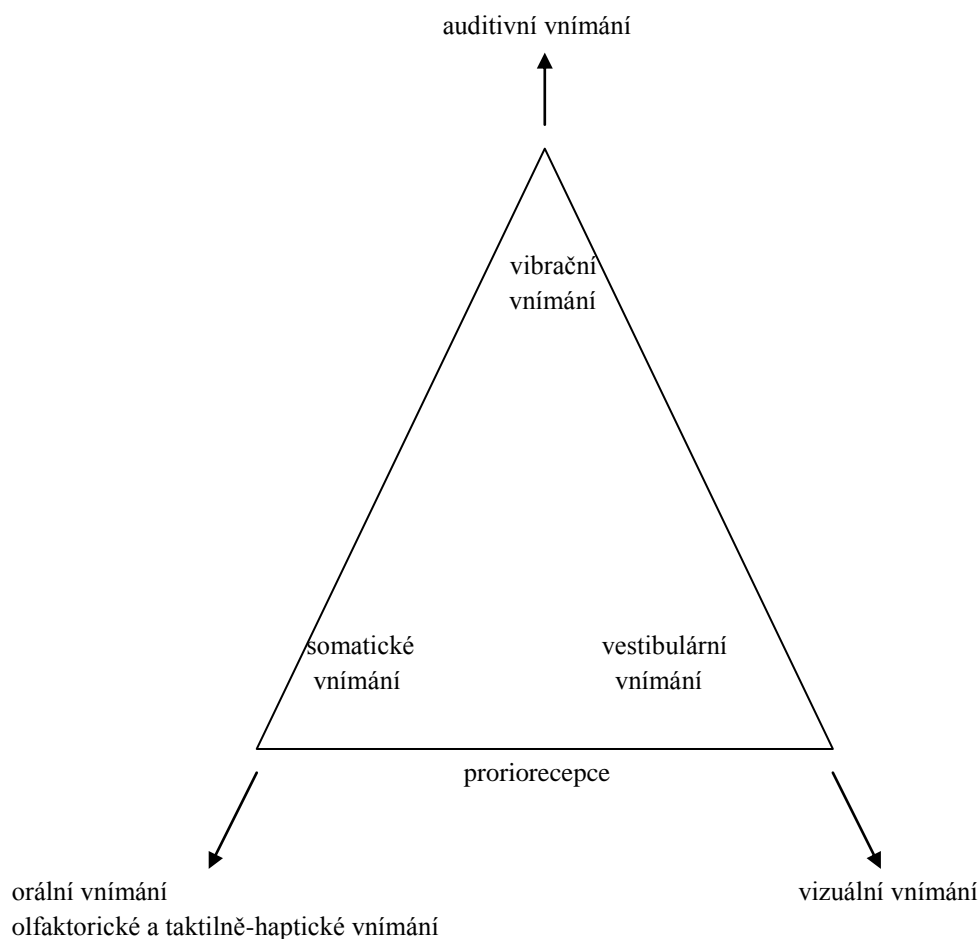
## **1.5 Cíle konceptu bazální stimulace**

Tyto centrální cíle respektují všechny potřeby člověka tak, jak je znázorňuje Maslowova hierarchie lidských potřeb.

1. Zachovat život a zahájit vývoj
2. Umožnit pocítit vlastní život
3. Poskytnout pocit jistoty a důvěry
4. Poskytnout pocit jistoty a důvěry
5. Umožnit poznat okolí
6. Pomoci navázat vztah
7. Umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností
8. Pomoci uspořádat jeho život
9. Poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život
10. Objevovat svět a vyvíjet se

## 2 PRVKY KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace respektuje různé vývojové stupně schopnosti vnímat, ve kterých se člověk právě nachází (obr. 1). Schopnost vnímání se rozvíjí již v embryonální fázi. Zkušenosti nabyté během prenatálního vývoje poskytují dítěti jisté informace o sobě samém. Vibrační, vestibulární a somatické, tedy informace týkající se celého těla poskytují dítěti dostatek výchozího materiálu, aby si mohlo uvědomovat hranice sebe sama a okolního světa.



Zdroj: Friedlová, 2007, s. 63

**Obrázek 1 - Vývoj vnímání podle Fröhlich**



## 2.1 Somatická stimulace

Nemůže-li se dítě nebo i dospělý člověk pohybovat a tráví-li většinu času v lůžku, dostává se mu velmi málo podnětů ze svého vlastního těla, ztrácí orientaci na svém vlastním těle a následně také z okolí. Taková situace vede ke ztrátě schopnosti vnímání sebe sama, pocitům nejistoty a strachu (FRIEDLOVÁ, 2007).

Pacienti imobilní a s nedostatečnou aktivitou mohou reagovat:

- zmateným jednáním, chováním,
- neschopností kvalitně komunikovat se svým okolím a vyjádřit tak své potřeby, což vede k deprivaci z nedostatečné saturace potřeb,
- projev strachu a úzkosti,
- motorickým neklidem,
- velmi těsným přitlačením těla k postranici lůžka,
- chybnou interpretací reality.

Imobilita a nečinnost z důvodu úrazu, onemocnění či kombinovaného postižení má za následek ztrátu vzpomínek na pohyb a změny ve vnímání tělesného schématu.

Hlavním cílem somatické stimulace je vybudování stabilní tělesné identity. Vhodný typ somatické stimulace volíme podle stavu a potřeb pacienta, zohledňujeme jeho schopnosti vnímání, komunikace a lokomoce. Máme-li k dispozici údaje o pacientově somatické anamnéze, využijeme tyto informace (FRIEDLOVÁ, 2007).

### 2.1.1 Somatická stimulace zklidňující

Somatická zklidňující stimulace se může do péče integrovat během toalety pacienta pak je nazývána zklidňující koupelí.

Cílem aplikace somatické zklidňující stimulace je stimulace vnímání tělesného schématu, redukce neklidných stavů, stavů zmatenosti a dezorientace, navození tělesného uvolnění. Aplikuje se nejčastěji u pacientů s těžkým somatickým postižením s cílem stimulovat jejich pohyb a vlastní aktivitu dále pak u pacientů s pocitem strachu, úzkostných, nemocných se zvýšeným svalovým tonem s cílem uvolnit svalové napětí. Možno též využít jako nefarmakologickou možnost tlumení bolesti. V pooperační péči je možno využít s cílem redukovat stavy zmatenosti a dezorientace. Pacient se informuje o zahájení stimulace adekvátně jeho schopnosti vnímat a zpracovávat informace. Dle celkového stavu nemocného je nutné zvolit tělesný region k zahájení

stimulace. Na hrudníku se provádí stimulaci ve směru od středu trupu k zevní straně hrudníku. Končetiny jsou stimulovány ve směru růstu chlupů tj. od ramen ke konečkům prstů.

Pokud je integrována somatická stimulace zklidňující celkovou koupelí, je velmi vhodné umožnit pacientovi, pokud je toho schopen aktivně se účastnit. Je možné využít optický smysl, nemocného uvést do polohy kdy je schopen pozorovat své končetiny a jejich stimulaci, olfaktorický smysl je možné stimulovat vůní z mýdla, které používá v běžném životě.

### **2.1.2 Somatická stimulace povzbuzující**

Somatickou stimulaci povzbuzující, je možno integrovat během toalety pacienta.

Cíl aplikace:

- stimulace vnímání tělesného schématu,
- zvýšení úrovně pozornosti pacienta,
- podpoření pacientovy aktivity,
- zvýšení svalového tonu,
- příprava před fyzioterapeutickou péčí.

Povzbuzující stimulace je aplikována u pacientů se změnou vědomí jak kvantitativního tak kvalitativního, u nemocných s depresí a apatických. Nepoužívá se u pacientů s kognitivní poruchou, neklidných, s čerstvým krvácením do mozku a u nemocných se zvýšeným intrakraniálním tlakem.

Od počátku stimulace je nutné dodržovat tyto zásady:

- je potřebné modulovat tělo oběma rukama,
- není žádoucí odcházet z pokoje, anebo se nechat vzrušovat jinými vnějšími vlivy,
- pokud pacient vykazuje negativní reakci, je nutné přerušit stimulaci a nabídnout jinou alternativu (FRIEDLOVÁ, 2007).

Stimulace se provádí pomocí modulace končetin proti směru růstu ochlupení a modulaci hrudníku, a to od krajů ke středu hrudníku. Je možné aplikovat povzbuzující stimulaci pomocí media, např. vody, a to ne teplejší než je 28°C, tedy chladnější než je teplota těla (FRIEDLOVÁ, 2005).

### **2.1.3 Neurofyziologická stimulace**

Předpokladem pro neurofyziologickou stimulaci je schopnost vnímat postiženou stranu těla, aby mohl pacient integrovat postiženou stranu zpět do tělesného schématu. Velký důraz je potřeba klást na optickou kontrolu postižené strany nebo končetiny pacientem.

Cílem je umožnit nemocnému s poruchou hybnosti poloviny těla nebo tělesného regionu znovu vnímat tuto stranu. Neurofyziologickou stimulaci aplikujeme u pacientů s postižením pohybového aparátu, s plegiemi a parézami po cévních mozkových příhodách (FRIEDLOVÁ, 2007).

Neurofyziologická stimulace vychází z poznatků konceptů Bobathových. Kdy cílem je vyvolání vzpomínek na pohyb a pohybové vzory, uvědomění si postižené strany, obnovení rovnováhy, integrace pacienta do běžných denních aktivit a dosažení samostatnosti (FRIEDLOVÁ, 2007).

V péči je nutné dodržovat určité zásady:

- Noční stolek a pomůcky denní potřeby je potřeba uložit na postiženou stranu. Pro nemocného zajímavé činnosti jsou prováděny na postižené straně, což nemocného nutí otočit hlavu tímto směrem a pomalu si začít si ji uvědomovat.
- Je potřeba redukovat strach z pádu na minimum. Pacient trpí snížením vnímáním na postižené straně těla, což způsobuje mnohdy až panický strach z pádu. Z tohoto důvodu je podstatné aby se personál věnoval stimulaci postižené strany.

### **2.1.4 Polohování v konceptu Bazální stimulace**

Při klidném ležení se mění vnímání vlastního těla již po 30 minutách. U nemocných s kognitivní poruchou nebo uložených na měkkých antidekubitních matracích, dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic ještě o pár minut dřív. Pomocí polohování je možno dát pacientovi jeho ztracené informace o svém těle a stabilizovat vnímání tělesného schématu. Polohováním se provádí stimulace somatická, a také i stimulace vestibulární a zraková.

Málo podnětné okolí spolu s nedostatkem sensorických podnětů a pohybové aktivity redukuje přísun informací k člověku. Vnímání tělesného obrazu se mění a vede

k poruchám orientace na vlastním těle i okolí. Obvykle dochází k pasivitě pacienta a jeho nereagování. Nebo může docházet k dezorientaci a auto agresí ve snaze pacienta tento proces přerušit. Což má za následek poruchu vnímání těla, poruchy tělesné identity, chybné interpretace působení okolí, poruchy chování, stavy neklidu až agresivity. Schopnost vnímání může být ale také poškozena dalšími faktory, jako je porucha spánku, léky, traumatickým poškozením mozku, horečkou, bolestí a dehydratací (FRIEDLOVÁ, 2003).

V konceptu bazální stimulace se sleduje polohováním kromě profylaxe vzniku proleženin, profylaxe vzniku pneumonie, profylaxe tromboembolických komplikací, a také neurologické cíle pro polohování. V první řadě se jedná o stimulaci vnímání tělesného obrazu, poskytnutí informace pacientovi o jeho těle, poskytnutí orientace, umožnit vnímání symetrii těla. Při polohování je nutné zohlednit jeho komfort a autobiografický faktor. Ke změně vnímání a stimulaci stačí i minimální změna tělesné pozice (FRIEDLOVÁ, 2005).

Výraznou somatickou stimulaci umožňují pacientovi polohy mumie nebo hnízdo. Obě pozice lze kombinovat s mikropolohováním.

Vhodnou pomůckou pro jaký typ polohování se rozhodnout, je zjištění vnímání tělesných hranic pacienta pomocí jeho vlastního nákresu. Jednoduchý náčrt pacientova vnímání sama sebe a jeho tělesných hranic a použití biografické anamnézy zvýší efektivitu výkonu a prohloubí jeho účinek.

Polohu hnízdo je vhodná u pacientů ve fázi odpočinku například během noci nebo po zklidňující koupeli. S výhodou je možné ji použít i u nemocných neklidných, dezorientovaných a agresivních. Polohování do hnízda je důležité pro svalový tonus, motoriku a vnímání tělesného obrazu (FRIEDLOVÁ, 2007). Menší účinek má u pacientů s příznaky deliria tremens nebo u nemocných intoxikovaných návykovými látkami.

Poloha mumie se využívá především u pacientů, u kterých je nutná velmi intenzivní stimulace. Převážně u nemocných ve farmakologickém útlumu a vigiliím kómatu. Obě polohy lze kombinovat a používat v kombinaci či modifikovat dle individuálních potřeb pacienta.

## **2.2 Optická stimulace**

Zrak umožňuje člověku poznávat okolní svět, orientovat se v prostoru, uspořádat své okolí, poznávat lidi i předměty, posílit pocit jistoty a schopnost učit se. Pohled z nemocničního lůžka u ležícího pacienta je velmi nestimulující, protože tyto věci nemá ve svých paměťových drahách. Vidí převážně pouze stropní zářivku, kachle, úchyty na infuzní lahve a ovladač lůžka.

Častá neschopnost orientovat se v dané situaci a v okolním světě může vyvolávat úzkost, strach a také agresivní chování pacienta. Integrace do tohoto neznámého prostředí něčeho známého, co má pacient uložené v paměťové stopě může navodit zklidnění (FRIEDLOVÁ, 2005).

Je žádoucí instalovat do zorného pole pacienta privátní fotografie odpovídající velikosti, obrázky donesené z domova, a v neposlední řadě i věci, které pacientovi připomínají jeho stabilní prostředí.

## **2.3 Auditivní stimulace**

Sluchový orgán člověka má velký význam pro komunikaci, při navazování a udržování vztahů ve společnosti, a pro rozvoj myšlení. Na základě sluchu se vyvíjí řeč např. dítě, které od narození neslyší, se nenaučí mluvit. Ze všech zvuků zevního světa slyší člověk určitý úsek v rozsahu 16 až 20 tisíc kmitů za sekundu. Horní hranice slyšitelnosti se s věkem snižuje, takže v 65 letech postihuje lidské ucho tón již jen asi o 5 tisících kmitech (MACHOVÁ, 2002, s. 153).

Auditivní stimulace je aplikována proto, aby byl navázán kontakt s pacientem, aby byly mobilizovány vzpomínky nemocného, také aby byla umožněna orientace a budován pocit jistoty.

K auditivní stimulaci lze použít několik prostředků a zohlednit biografickou anamnézu nemocného. Jako prostředky k auditivní stimulaci je vhodné použít řeč, hudbu, zpěv a zvuky z domácího prostředí jako například zvuky vlaku, stavby, lesa, vody atd. Pro dorozumění s pacientem je vhodné též použít komunikační karty (FRIEDLOVÁ, 2007).

## **2.4 Orální stimulace**

Ústa představují nejcitlivější a nejaktivnější tělesnou zónu a umožňují člověku zjistit, jakou mají jednotlivé věci chuť, vůni, konzistenci a tvar. Zavřená ústa chrání dutinu

ústní před vysycháním. Cílem orální stimulace je zprostředkovat pacientovi vjemy ze svých úst a stimulovat vnímání. Před orální stimulací je vhodné aplikovat nejprve somatickou stimulaci obličejové části hlavy.

## **2.5 Olfaktorická stimulace**

Vůně a pachy jsou pro lidský organizmus hlavním vyvolavatelem vzpomínek. Určité vůně asociují roční období, situace nebo lidi. Mnoho vůní a pachů je obsaženo v autobiografii, a to ve spojení s pozitivními nebo negativními vzpomínkami.

Pro olfaktorickou stimulaci lze využít různých medií, využívá se také biografické anamnézy. U seniorů je nutné vzít v úvahu aspekt, že čichové vnímání se mění z důvodů zmenšení počtu olfaktorických nervových vláken o 30 %, a snížení počtu čichových buněk o 30 % (FRIEDLOVÁ, 2007).

## **2.6 Taktilně – haptická stimulace**

Schopnost lidské ruky rozpoznávat předměty umožňuje získávat během života zkušenosti a ty pak uchovávat v paměti. Neklidní, hyperaktivní pacienti, jejichž ruce jsou velice aktivní, tahají za katétry, protože potřebují poznat a identifikovat předmět který nahnateli.

Ve své paměti se snaží někde zařadit tyto předměty, a protože je dříve neznali, snaží se je někam zařadit. Taktilně – haptická stimulace umožňuje poskytnout smysluplné stimulace těmto nemocným (FRIEDLOVÁ, 2007).

## **2.7 Biografická anamnéza**

Předpokladem integrace prvků konceptu bazální stimulace do péče o pacienty je znalost jejich životních návyků, zvyků a prožitků. Každý člověk je jedinečná bytost, kterou formuluje jeho sociální okolí a prožité situace.

Sepsání biografické anamnézy je důležitou součástí ošetrovatelského procesu. Práce s biografii znamená volit ošetrovatelské intervence zohledňující individualitu pacienta. Pro získání biografických dat od pacienta a jeho nejbližšího sociálního okolí je nutno trpělivosti a dobře volených otázek a taktéž dobrého pozorovacího talentu.

Ošetrovatelská péče umožňuje otevření cesty dialogu a získání tak mnoha cenných informací při poskytování individuální péče. Získávání biografie je dlouhodobý proces komunikace a získávání důvěry (FRIEDLOVÁ, 2007).

### 3 FRAKTURA KRČKU STEHENNÍ KOSTI

Zlomeniny krčku femuru postihují dvě rozdílné skupiny pacientů. Velmi malou skupinu (3-5 %) tvoří mladí pacienti postižení vysokoenergetickým úrazem- dopravní úrazy pády výšky. Zbytek tvoří starší populace, u nichž je úraz z 90 % následkem prostého pádu. Zlomeniny krčku femuru a zlomeniny proximálního femuru u starších pacientů představují epidemické onemocnění. Prvkem zvyšující incidenci onemocnění ve starším věku je osteoporóza (ŽVÁK, 2006, s. 141).

Zlomeniny krčku femuru se podle lokalizace linie lomu dělí na zlomeniny intrakapsulární (nazývané taky jako zlomeniny subkapitátní a mediocervikální) a zlomeniny extrakapsulární (neboli zlomeniny bazicervikální) (VIŠŇA, 2004, s. 85).

Pokud je lomná linie blízko hlavice, jedná se o subkapitátní zlomeninu, pokud je ve středu krčku jde o mediocervikální zlomeninu, zlomenina lokalizovaná blízko masivu trochanterů je bazicervikální. Pokud linie lomu dále prochází masivem trochanterů, dělení zlomenin pokračuje na pertrochanterickou zlomeninu a subtrochanterickou, pokud je zlomenina lokalizována u malého trochanteru (MICHALSKÝ, 2009, s. 31-32).

#### 3.1 Diagnostika

Prvotním vyšetřením je fyzikální vyšetření, kdy je zjištěno zkrácení postižené končetiny o 2 cm oproti zdravé straně a zevní rotace postižené končetiny, poloha pacienta je v leže. Typická je též bolestivost v oblasti kyčle postupující do kolenního kloubu. Pacient není schopen se postavit a každou změnu polohy provází bolest.

Popisují se tři základní mechanismy úrazu v anamnéze:

- pád přímo na bok,
- zakopnutí o špičku nohy, následná zevní rotace a pád,
- náhlé dokončení únavové zlomeniny bez násilí.

Diagnózu potvrdí RTG vyšetření a to snímek pánve doplněný o předozadní a axiální projekci. Je možné doplnit diagnostiku počítačovou tomografií (ŽVÁK, 2006).

#### 3.2 Léčba

V léčbě intrakapsulárních zlomenin krčku jasně dominuje operační terapie. U starších pacientů (věk nad 60 let) je metodou léčení aloplastická náhrada ve formě

cervikokapitální nebo totální endoprotézy. U biologicky mladých pacientů ve věku do 60 let je indikována rekonstrukce krčku a provedení osteosyntézy pomocí anulovaných spongiózních šroubů či proximálních femorálních hřebů.

Cervikokapitální endoprotéza je náhrada krčku a hlavice femuru při zachování jamky acetabula. Endoprotéza se skládá z femorální komponenty a hlavice.( VIŠŇA, 2004, s. 86). Tato léčba umožňuje okamžitou mobilizaci a rehabilitaci poraněné končetiny. Jakékoliv delší upoutání na lůžko u starších imobilních lidí vede ke zrychlení vedlejších onemocnění, vzniku pneumonií a bronchopneumonií, trombóz a embolizací plicnice a nezřídka končí letálně (VALENTA, 2007, s. 83-84). Významnou důležitost má včasné zahájená rehabilitace.

### 3.3 Rehabilitace

Rehabilitace je slovo latinského původu, které vyjadřuje opětovné nabytí nějaké ztracené schopnosti (z latiny *habilis* - schopný, re - předpona, znamenající opakování děje). Jedná se o navrácení určitého postavení, z lékařského hlediska o opětovné nabytí tělesných a duševních schopností porušených nemocí nebo úrazem, aby byl postižený člověk schopen návratu do společnosti a mohl žít kvalitní život s co nejmenší závislostí na okolí (ROKYTA, 2009, s. 73).

Nemocní s frakturou krčku stehenní kosti mohou být ohroženi **imobilitou** - stavem, kdy dochází k přechodné nebo trvalé ztrátě pohybových schopností nebo k jejich omezení. Tento imobilní stav ovlivňuje také psychický stav nemocného. V zabránění těchto komplikací hraje důležitou roli týmová spolupráce všeobecné sestry a fyzioterapeuta - **rehabilitační ošetřování**. Rehabilitační ošetřování je takový způsob aktivního ošetřování nemocného, kdy všeobecná sestra všemi dostupnými prostředky brání vzniku sekundárních změn a komplikací. Rehabilitační ošetřování pacientů patří k základním úkonům komplexní ošetrovatelské péče sester. Je prováděno na základě ordinace ošetřujícího lékaře (KRISTINÍKOVÁ, 2005, s. 12).

Rehabilitační pracovník učí nemocného pohybové aktivitě a pohybovým návykům, které všeobecná sestra neustále s nemocným opakuje a využívá v ošetrovatelské péči. Velmi nutná je také vzájemná komunikace a pochopení spolupráce mezi všeobecnou sestrou a fyzioterapeutem. Tato spolupráce a komunikace rozhoduje o včasné



mobilizaci a rekonvalescenci nemocného. Úkony rehabilitačního ošetřování (KRISTINÍKOVÁ, 2005, s. 7):

- polohování - je prevencí vzniku dekubitů a následné sepse,
- vertikalizace - samostatný pohyb a chůze na doporučení ošetřujícího lékaře,
- aktivní a pasivní cvičení, masáže - prevence vzniku trombóz, tromboflebitid a poruch z nedostatečného prokrvení,
- dechová gymnastika - prevence vzniku plicních komplikací,
- aktivace psychiky - prevence vzniku psychických změn (apatie, negativismus, agrese),
- péče o kůži a osobní hygienu - prevence vzniku dekubitů, kožních a jiných onemocnění,
- péče o vyprazdňování - prevence vzniku uroinfekce, močové inkontinence a zácpy,
- dietoterapie a pitný režim - prevence dehydratace a ztráty bílkovin a minerálů.

Všechny tyto úkony jsou prováděny denně a pečlivě zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace, která je nedílnou součástí ošetrovatelství. Všeobecná sestra tyto úkony nejen zaznamenává, ale také vyhodnocuje.

## 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je systematický, problémy řešící a problémům předcházející přístup k ošetřovatelství, který akceptuje práva pacienta na individuální péči a podle možností účast na péči, včetně rozhodování (SYSEL, BELEJOVÁ, MASÁR, 2011, s. 22).

Cílem ošetřovatelského procesu je zhodnotit zdravotní stav pacienta a posoudit skutečné a potenciaální problémy v péči o zdraví, poté zhodnotit potřeby a poskytnout specifické individuální intervence vedoucí k uspokojení potřeb nemocného (KOZIEROVÁ, 1995).

### 4.1 Fáze ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces se skládá z pěti fází smysluplně na sebe navazujících a vedoucích k uspokojování potřeb nemocného.

**1. Posuzování** - pacienta zahrnuje sběr dat sestrou. Kvalita získaných informací závisí na komunikativních dovednostech sestry, pozorovacích schopnostech a schopnostech systematického vyhledávání dat.

**2. Diagnostika** - je závěr provedený sestrou, na základě ošetřovatelské anamnézy. Vztahuje se k pacientovým potřebám, problémům, které mohou být uspokojeny ošetřovatelskou intervencí.

**3. Plánování** - je vytyčení ošetřovatelských strategií a intervencí s cílem prevence, redukce nebo zmírnění pacientových problémů. Součástí plánování je stanovení priorit a pacientových cílů. Cíle vždy směřují k nemocnému, jsou konkrétní a měřitelné, jsou jasné a srozumitelné pro sestru i nemocného, jsou reálné.

**4. Realizace** - vykonávání ošetřovatelských intervencí, která sestra provádí pro pacienta a s pacientem za účelem dosažení ošetřovatelských cílů. Patří sem dokumentování těchto činností v ošetřovatelském plánu.

**5. Hodnocení** - pátý krok ošetřovatelského procesu a znamená hodnocení účinnosti ošetřovatelské péče. Hodnocení je provázeno zpětnou vazbou, která je potřebná pro identifikaci dalších potřeb pacienta k eventuální revizi a modifikaci ošetřovatelského plánu.

Ošetrovatelský proces poskytuje rámec zodpovednosti v ošetrovatelství, maximalizuje zodpovednost, ve formě norem péče, za pacienty (KOZIEROVÁ, 1995).

## 5 PÉČE O PACIENTY NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ

### PÉČE

Pracoviště intenzivní péče jsou určeny pacientům s hrozícím nebo již probíhajícím selháváním jednoho nebo více orgánů či orgánových celků.

*„Pacientům je poskytována péče a léčba v závislosti na diagnóze. Na všech typech intenzivní péče je stav nepřetržitě sledován sestrou a veškeré informace jsou zaznamenávány do dokumentace.“ (KAPOUNOVÁ, 2007, s. 19)*

Systém ošetřování a péče o pacienty na JIP je vždy formou skupinové péče, kdy sestra pečuje o jednoho maximálně však dva nemocné. Pracuje ošetřovatelským procesem, má podrobné znalosti o potřebách a zdravotním stavu pacienta. Jak základní, tak specializovanou ošetřovatelskou péči provádí vždy po zhodnocení momentálního zdravotního stavu a jeho vývoje, koordinuje multioborovou spolupráci týkající se nemocného. Je v podstatě manažerkou v péči o své nemocné.

#### 5.1 Příjem pacienta na jednotce intenzivní péče

*„Pacienti jsou na toto oddělení přijímáni z jiného zdravotnického zařízení, od rychlé záchranné služby, z ostatních oddělení nemocnice, případně z ambulance po dohodě s ošetřujícími na JIP.“ (KAPOUNOVÁ, 2007, s. 19)*

Obvykle je nemocný přijímán cestou urgentního příjmu, kde je pacient prvotně ošetřen, je zajištěn monitoring vitálních funkcí, cestou periferní či centrální žilní linky je aplikována infuzní terapie a léky vedoucí ke stabilizaci stavu. Pacient je svlečen a umyt, poté je odebrána lékařská anamnéza, co nejpřesněji je zjištěn mechanismus úrazu, jsou provedeny základní vyšetření: fyzikální, laboratorní screening, spirální CT, angiografie, RTG, sonografická vyšetření. Po zhodnocení všech informací a posouzení aktuálního zdravotního stavu lékařem je pacient převezen na operační sál, nebo na jednotku intenzivní péče.

Na JIP je pacient uložen na polohovací resuscitační lůžko s antidekubitní matrací. Je provedeno napojení nemocného na monitor s možností neinvazivního i invazivního sledování vitálních funkcí. Podle naměřených hodnot a na základě zhodnocení stavu je aplikován zvlhčený kyslík brýlemi nebo maskou. V případě, že jsou také zajištěny

dýchací cesty endotracheální kanylou je pacient napojen za asistence anesteziologa na umělou plicní ventilaci.

Další vstupy jak invazivní nebo neinvazivní jsou zajišťovány průběžně na základě vyhodnocení stavu nemocného lékařem a po dohodě s konziliárními lékaři.

## **5.2 Specifika ošetrovatelské péče na jednotce intenzivní péče**

Poskytovaná ošetrovatelská péče na JIP je vždy závislá na momentální zdravotním stavu a diagnóze pacienta a na jeho biopsychosociospirituálních potřebách.

Pacient v akutním stádiu nemoci či úrazu je plně odkázán na péči a pomoc ošetrovatelského personálu. Sestra spolu s celým ošetrovatelským týmem podporuje soběstačnost a uspokojuje biopsychosociospirituální potřeby.

Nejčastější potřeby pacienta hospitalizovaného na jednotce intenzivní péči je potřeba dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti a potřeba psychické vyrovnanosti.

### **1. Potřeba dýchání**

Patří mezi základní biologické potřeby nemocného. Je základním předpokladem existence člověka. Proto i péče o dýchací cesty je naprostou samozřejmostí a nedílnou součástí péče o pacienta.

U pacienta spontánně ventilujícího je kontinuálně sledována neinvazivně saturace kyslíku a jsou monitorovány životní funkce. Je pravidlem aplikace kyslíku na základě ordinace lékaře a zhodnocení naměřených hodnot.

K aplikaci se nejčastěji používají:

- Kyslíkové brýle,
- Kyslíkové masky,
- Venti-masky,
- Ayreovo-T.

Kyslík přiváděný do dýchacích cest musí být vždy zvlhčován a ohříván, aby nedocházelo k poškození sliznice (KAPOUNOVÁ, 2007).

V případě že je nutná UPV mají pacienti zajištěno dýchání endotracheální rourkou nebo tracheotomickou kanylou. Povinností sestry je asistovat u těchto výkonů a dbát na aseptické a šetrné provedení bez zbytečných komplikací.

Po zajištění sestra kontinuálně monitoruje a zapisuje vitální funkce pacienta, zajišťuje odběry krevních plynů, sleduje rytmus dýchání, kašel a vykašlávání, poslechem sleduje dýchací šelesty. Za přísných aseptických podmínek udržuje volné dýchací cesty odsáváním sekretu a provádí pravidelnou kontrolu ventilačního přístroje.

## **2. Potřeba výživy**

Je další základní potřebou pacienta, je podstatným předpokladem pro udržení homeostázy v organismu a velkou měrou udržuje psychosociální potřeby nemocného.

- Parenterální výživa je aplikována kontinuálně pomocí infuzní pumpy do periferního nebo centrálního řečiště.
- Enterální výživa je podávána nazogastrickou, nazoduodenální sondou nebo pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie. V případě, že pacient je schopen přijímat ústy je možné podávat po konzultaci s nutričním týmem i definovanou stravu ústy formou sippingu (KAPOUNOVÁ, 2007).

## **3. Potřeba vyprazdňování**

Patří mezi fyziologické a biologické funkce organismu.

- Vyprazdňování moče - u pacientů hospitalizovaných na JIP je převážně zaveden močový katétr, množství a charakter moče je pravidelně sledováno nejčastěji v intervalech 4-6 hodin. Moč je také odebírána na bakteriologické vyšetření a monitorovány výsledky.
- Vyprazdňování stolice – monitoruje se pravidelnost stolice, její konzistence, barva a příměsi. Při zácpě či průjmu je rychle reagováno aplikací léčiv a dalších prostředků k udržení normy podle běžných potřeb nemocného.

## **4. Potřeba soběstačnosti**

Soběstačnost je míra samostatnosti člověka při vykonávání denních aktivit. U nemocného člověka hospitalizovaného na JIP sestra přebírá valnou většinu aktivit, které není schopen nemocný vykonávat sám. Vždy by měla podporovat jeho nezávislost v míře jakou je pacient schopen. Velice důležitá je motivace pacienta, která vychází ze strany sestry. Správná a dobře volená forma pomoci a péče vychází z přání a potřeb nemocného, který by měl mít možnost nalézt nový smysl život, vyplňovat svůj volný čas radovat se z činností, posilovat a zlepšovat své kognitivní a motorické funkce (KAPOUNOVÁ, 2007).

## **5. Potřeba psychické vyrovnanosti**

K tomu aby pacient pociťoval psychickou pohodu a neprojevoval se na vzniklé onemocnění, úraz a hospitalizaci agresí, úzkostí, depresí, zmateností a dalšími poruchami chování, lze významně přispět splněním jeho potřeb s ohledem na diagnózu, zdravotní stav a potřeby léčby.

- Udržet nebo zlepšit soběstačnost nemocného.
- Odstranit nebo minimalizovat bolest.
- Komunikovat.
- Zajistit dostatečný spánek a odpočinek.
- Vytvořit pocit jistoty a bezpečí.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

V bakalářské práci jsme zhotovili ošetřovatelský proces u konkrétní pacientky hospitalizované na jednotce intenzivní péče Traumatologického centra FNO s frakturou colli femoris.

Cílem práce bylo vytvořit individuální ošetřovatelský plán s aplikací prvků konceptu bazální stimulace do jednotlivých intervencí a jejich realizace v rámci ošetřovatelského procesu.

*Tabulka č. 1 – Identifikační údaje*

Jméno a příjmení: B. B.	Pohlaví: žena
Datum narození: 20. 7. 1939	Věk: 72
Adresa bydliště a telefon: J. P. 5 Ostrava Poruba	
Adresa příbuzných: dcera	
RČ:	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: vyučena	Zaměstnání: důchodce
Stav: vdova	Státní příslušnost: Česká republika
Datum přijetí: 8. 9. 2011	Typ přijetí: neplánované akutní
Oddělení: Traumatologické centrum JIP	Ošetřující lékař: Dr. P. P.

### **Důvod přijetí udávaný pacientem:**

„Dnes 8.9 2011 kolem 4 hodiny ráno, jsem se šla napít a upadla na levý bok. Pro bolest jsem se nemohla postavit, k utlumení bolesti jsem vypila 1 pivo a dva panáky“

### **Medicínská diagnóza hlavní:**

Fractura subcapitata femoris l. sin. disloc.

### **Medicínské diagnózy vedlejší:**

Morbus hypertonicus

Morbus ulcerogenes gastroduodeni

Abusus ethanolii

st. p. APPE



*Tabulka č. 2 - Vitální funkce při přijetí*

<b>TK:</b>	<b>145/95</b>	<b>Výška:</b>	<b>165 cm</b>
<b>P:</b>	<b>82</b>	<b>Hmotnost:</b>	<b>80 kg</b>
<b>D:</b>	<b>23</b>	<b>BMI:</b>	<b>29,38</b>
<b>TT:</b>	<b>36,8 C</b>	<b>Pohyblivost:</b>	<b>ležící</b>
<b>Stav vědomí:</b>	<b>GCS 15</b>	<b>Krevní skupina:</b>	<b>A Rh<sup>+</sup></b>

**Nynější onemocnění:**

Dne 8. 9. 2011 ve 4 hodiny ráno se šla pacientka napít a upadla na levý bok. Přivezena RZP na halu Urgentního příjmu v 8:20 hod. Po diagnostice přijata na Traumatologické centrum JIP k operačnímu řešení fraktury subcapitata femoris l. sin. disloc.

**Informační zdroje:** pacientka, dokumentace, ošetřující personál, lékař, dcera

## **6.1 Anamnéza**

**Rodinná anamnéza:** matka zemřela 51 CA gynekologického původu, otec zemřel 72 CMP

**Sourozenci:** neví

**Děti:** 6, stará se dcera Jarmila

**Osobní anamnéza:**

**Překonané a chronické onemocnění:** Hypertenze, hepatopatie toxometabolické etiologie

**Hospitalizace a operace:** APPE před 10 lety

**Úrazy:** 0

**Transfúze:** neudává

**Očkování:** neví

**Tabulka č. 3 - Léková anamnéza**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Quamatel	tbl	20mg	1-0-1	<b>antiulceroticum</b>
Lozap	tbl	50mg	0-0-1	<b>antihypertensivum</b>
Lozap	tbl	100mg	1-0-0	<b>antihypertensivum</b>
Tiapridal	tbl	100mg	1-0-1	<b>psychofarmacum</b>
Hypnogen	tbl	10mg	0-0-1	<b>psycholeptikum</b>
Oxazepam	tbl	10mg	0-0-1	<b>anxyolyticum</b>

**Alergologická anamnéza**

Léky: neudává

Potraviny: neudává

Chemické látky: neudává

Jiné: neudává

**ABÚZY**

Alkohol: příležitostně

Kouření: neudává

Káva: ne

Léky: neudává

Jiné drogy: neudává

**Tabulka č. 4 - Gynekologická anamnéza**

Porody: <b>6 porodů, 1sp.potr.</b>
Antikoncepce: <b>ne</b>
Menopauza: <b>od 56 let.</b>
Potíže klimakteria: <b>pocení, návaly, již před 15lety odezněly</b>
Samovyšetřování prsou: <b>neprovádí</b>
Poslední gynekologická prohlídka: <b>před 10lety</b>

**Sociální anamnéza:**

Stav: vdova

Bytové podmínky: bydlí sama ve dvoupokojovém bytě první kategorie s vanou, byt je v 2 podlaží bez výtahu

**Vztahy, role, a interakce v rodině udávané pacientem:** „Mám 6 dětí, 10 vnoučat a 2 pravnoučata, chodí mě navštěvovat pravidelně a mají mě rádi. Stará se o mě nejstarší dcera, ta je taky v důchodu.“

**Pracovní anamnéza**

Vzdělání: vyučena jako prodavačka

Pracovní zařazení: v důchodu

Čas odchodu do důchodu: nepamatuje si

**Tabulka č. 5 - Posouzení současného stavu ze dne 9. 9. 2011**

Popis fyzického stavu dne 9. 9. 2011 7,00 hod		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Hlava a krk</b>	Hlava ani krk mě nebolívá.	Hlava na poklep nebolestivá, normocefalická bez známek poranění. Brýle používá, vizus nevyšetřen, zorničky izokorické. Sluch zhoršen. Naslouchací přístroj nepoužívá. Chrup používá zubní protézy, jazyk povleklý, bez poranění.
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	Když sedím, dýchá se mi dobře. Dýchání se zhorší, když chodím po bytě.	Hrudník symetrický bez deformit. Při verbalizaci není dušná. Počet dechů 23, na hrudníku polepeny EKG svody, při komunikaci suchý kašel.
<b>Srdeční a cévní systém</b>	Léčím se na vysoký krevní tlak.	Srdeční akce pravidelná. TK 110/60. P: 124/min. Pulsace na dolních končetinách špatně hmatatelná, orientačně dopplerometricky dobře slyšitelná. Otok dolní končetiny vlevo, HK: na levé končetině manžeta k měření TK, vpravo zaveden periferní žilní katétr, zaveden 2 den.  DK: chladné prokrvení do 5 sekund.

<b>SYSTÉM</b>	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Břicho a GIT</b>	Mám zácpu, chodím co 5dní, mám tuhou stolicí. Dávám si Guttalax kapky. Poslední stolicí jsem měla především. Beru léky na vředy.	Břicho prohmatné, bez bolestí, peristaltika přítomná. Defekace – poslední stolice dne 6.9 2011, plyny odchází. Bez známek krvácení z GITu.
<b>Močový a pohlavní systém</b>	Občas mi unikne moč, nosím inkontinentní vložky.	Zaveden PMK ke sledování bilance tekutin co 6 hod. Moč žlutá zápachající, bez přítomnosti ketolátek.
<b>Kosterní a svalový systém</b>	Chodím doma s hůlkou, často mě bolí kolena a kyčle. Mimo domov chodím jen zřídkka s doprovodem dcery.	Poloha pasivní, pohyblivost minimální. PDK: namáhavý pohyb vleže, velké klouby bolestivé při pohybu. LDK: nevyšetřena, uložena v elevaci na polštáři s fyzikálním chlazením v oblasti operační rány. L+PHK: souměrné bez deformit. Páteř: bez palpační citlivosti v celém rozsahu.
<b>Nervový a smyslový systém</b>	Používám brýle na čtení.	Při vědomí, kontaktní, nepřiléhavě odpovídá. GCS 13b. Reflexy zachovány. Zrak: dalekozrakost, brýle. Čich a chuť: zachováno Sluch: zhoršen, naslouchadlo nepoužívá, specialistou nevyšetřena.
<b>Endokrinní systém</b>	Mám nemocné játra, ale neberu žádné léky.	Játra nehmatná.
<b>Imunitní systém</b>	Nevím	Neudává alergie a exantémové projevy. TT: 36,8°C – afebrilní.

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Kůže a její adnexa</b>	Mám jizvu po operaci slepého střeva před 10 lety a nyní mě bolí v sakrální oblasti, asi jsem se odřela při pádu o koberec.	Kůže suchá, pergamenová. Jizva zahojená, měkká. Otok LDK. Dekubitus 1 stupně v sakrální oblasti při přijetí ošetřen Inadinou a fólií. Vlasy suché, čisté, neupravené. Nehty – krátké, lámavé, bez defektů a zánětlivých ložisek.

*Tabulka č. 6 – Aktivity denního života*

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Stravování</b>	<b>Doma</b>	Snažím se jíst pravidelně podle diety na játra, ale občas hřeším, dám si zákusek.	Váha: 80 kg BMI: 29,3 (nadváha) Dieta č. 4
	<b>V nemocnici</b>	Zatím jsem nic nejedla	Nyní výživa parenterální, bude podána snídaně dieta č. 4 s omezením tuků.
<b>Příjem Tekutin</b>	<b>Doma</b>	Nemám pocit žízně, vypiju 3 sklenky denně, večer si dám 1 pivo.	
	<b>V nemocnici</b>	Nic napít mi nedali, až v noci mi dali čaj a ten mi nechutná, pivo mám raději.	Ovocný čaj toleruje, příjem ústy sledován v rámci bilance tekutin.
<b>Vylučování Moče</b>	<b>Doma</b>	Močím 1x denně na WC	

		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Vylučování Moče</b>	<b>V nemocnici</b>	Mám hadičku na čůrání.	Zaveden PMK, k sledování bilance tekutin co 6hodiny. Moč zakalená, zapáchající, odeslána na BV.
	<b>Doma</b>	Chodím na toaletu jedenkrát za 5 dní po Guttallaxu.	
<b>Vylučování Stolice</b>	<b>V nemocnici</b>	Naposledy před 2dny. V nemocnici jsem nebyla.	Zácpa, poslední stolice doma dne: 6. 9. 2011
	<b>Doma</b>	Spím málo, v noci se budím, přes den si občas lehnu po obědě.	
<b>Spánek a bdění</b>	<b>V nemocnici</b>	Nemůžu tady spát, vadí mi poloha, není zde tma, přístroje pípají, vadí mi hadičky a bolest.	Problémy se spánkem, vynucená poloha, pacientka usne asi na 3 – 4 hodiny.
	<b>Doma</b>	Ráda se dívám na televizi, mám své seriály, luštím křížovky, pletu, poslouchám rádio.	
<b>Aktivita a odpočinek</b>	<b>V nemocnici</b>	Odpočívám, nemám o nic zájem.	Nyní klidový režim.
	<b>Doma</b>	Každý den se umývám, s koupelí jednou týdně mi pomáhá dcera.	
<b>Hygiena</b>			

		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Hygiena</b>	<b>V nemocnici</b>	Starají se sestřičky.	Pacientka je nesoběstačná sestra přebírá hygienu, toaletu 2 x denně včetně převlečení ložního prádla, péči o dutinu ústní a zubní protézky.
	<b>Doma</b>	Jsem samostatná, stravu mi dováží služba a ob den mi chodí pomoci dcera.	
<b>Samostatnost</b>	<b>V nemocnici</b>	Starají se sestřičky.	Pacientka nesoběstačná. Podle Bartlova testu soběstačnosti těžký stupeň závislosti.

## 6.2 Medicínský management:

### Ordinovaná vyšetření:

- Laboratorní vyšetření krve: biochemické, krevní obraz, hemokoagulace
- RTG kontrola kyčle po ostetosyntéze CKP
- Konzultace nutričního terapeuta
- Kineziologické vyšetření fyzioterapeutem a započetí rehabilitačního programu
- Konzultace se specialistkou pro péči o dekubity

**Dieta:** 4

**Pohybový režim:** omezený

**RHB:** 2x denně s fyzioterapeutem

**Tabulka č. 7 - Výsledky krevních odběrů – krevní obraz**

Krevní obraz	8.9 2011	9.9 2011	10.9 2011	Fyziologická hodnota FNO
leucocyty	6,6	5,9	7,2	3,5 - 9x10 <sup>9</sup> /l
lymfocyty	12,5	14,40	-	25 – 33 %
monocyty	4,6	10,3	-	3 – 8 %
eozinofily	0,30	0,00	-	0 – 5 %
bazofily	0,20	0,20	-	0 – 1 %
erythrocyty	4,1	3,4	4,6	3,8 - 5x10 <sup>12</sup> /l
hemoglobin	140	114	137	120 – 162 g/l
hematokrit	0,397	0,326	0,386	0,37 - 0,47

**Tabulka č. 8 - Výsledky krevních odběrů – koagulace**

Koagulace	8.9 2011	9.9 2011	10.9 2011	Fyziologická hodnota FNO
quick (%)	83,10	77,7	59,5	70 – 120 %
quick INR	1,08	1,11	1,25	0,8 - 1, 2
APTT	0,85	1,02	-	25 - 35s
trombin. čas	18,20	19,70	-	16 - 20s
fibrinogen	3,524	3,278	-	2 - 4g/l

**Tabulka č. 9 - Výsledky krevních odběrů – biochemie**

Biochemie	8.9 2011	9.9 2011	10.9 2011	Fyziologická hodnota FNO
Na v séru	136	137	142	136 - 145 mmol/l
K v séru	3	3,7	3,8	3,5 - 5,3 mmol/l
CL v séru	100	106	109	95 - 110 mmol/l
osmolalita	313	279	283	275-295mosm/kg
urea	3,2	2,9	4,5	2,8 - 7,2 mmol/l
kreatinin	71	65	92	53 - 97 umol/l
ethanol	1,49	0,11	0,0	0-0,1 mmol/l
ALT	0,84	0,68	0,47	0,15 - 0,6 ukat/l
ASP	1,42	1,17	1,77	0,15 - 0,63ukat/l
Glukóza	9,13	5,95	4,52	3,6 - 5,59 mmol/l
CRP	2,20	27	43	0 - 10 mg/l



**Medikamentózní léčba:****Tabulka č. 10 – Léky podávány per os**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Quamatel	tbl	20mg	1-0-1	antiulceroticum
Lozap	tbl	50mg	0-0-1	antihypertensivum
B-komplex forte	drg		1-1-1	vitamin
Mg lacticum	tbl.	0,5g	1-1-1	mineral
Buronil	tbl.	25mg	0-0-1	psycholepticum
Oxazepam	tbl	10mg	0-0-1	anxyolyticum
Lactobacilus	tbl		1-0-0	probioticum

**Tabulka č. 11 – Léky podávány intravenózně**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Novalgin	inj.	1,0gr	6-12-18-24	analgeticum
Amoksiklav	inj	1,2gr	6-14-22	antibioticum
Furosemid	inj.	10mg	21,30	diureticum

**Tabulka č. 12 – Léky podávány subkutánně**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Fraxiparine	inj.	3800UI	v 6 hodin ráno	antikoagulans

**Tabulka č. 13 – Léky podávány intramuskulárně**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Dipidolor	inj.	15mg	9,00hod – 15,00hod	anodinum

**Tabulka č. 14 – Jiné medikace**

Název léku	Forma	Množství	Dávkování	Skupina
<b>Ringerfundin 1000ml</b>	i.v.	1000ml	24 hodin	Infuzní roztok
<b>KCL 0,3%, NACL 0,9%</b>	i.v.	500 ml	4 hodiny	Infuzní roztok

### **Chirurgická léčba:**

Dg: Fractura subcapitata colli femoris l. sin. dislocata Pauwels III.

Exstirpatio capitis femoris l. sin . et implantatio prothesis cervicocapitalis Poldi 42mm, Palakos, Redon

Záznam z operačního protokolu: „Po aseptické přípravě operačního pole pronikáme ke krčku femoru laterálním přístupem, incise pouzdra vypuštění hematoma, zkrácení krčku dlátem, exstirpace hlavice 42mm, přípravě dřev. dutiny femoru rašplemi a uložení protézy do cement. lůžka ve 13 st anteverzi krčku. Po zatvrdnutí cementu repositice, pohyb v kyčli volný bez tendence k luxaci. Sutura abduktorů kyčle, Redon vyveden mimo ránu a a sutura oper. rány jedn. stehy po anatomických vrstvách. Ztráty krevní do 200 ml.”

### **Situační analýza ze dne 9. 9. 2011**

Dne 8. 9. 2011 byla neplánovaně přijata 72 letá pacientka B. B. na jednotku intenzivní péče Traumatologického centra po pádu na levý bok, k operačnímu řešení fractury subcapitata femoris l. sin. V průběhu 6 hodin byla připravena k operačnímu řešení a následně operována.

Na počátku prvního pooperačního dne se pacientka cítí slabá, unavená, má špatnou náladu, verbalizuje strach z pooperačního období a strach ze smrti. Nemocná verbalizuje dušnost a dráždivý neefektivní kašel, odmítá sebemenší pohyb na lůžku pro bolestivost dolní končetiny a odmítá přijímat tekutiny a stravu pro strach z komplikací.

Personál poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči podle ošetrovatelských standardů. Nemocná vyžaduje pomoc při osobní hygieně, celkové toaletě, oblékání, úpravě zevnějšku, stravování a vyprazdňování V rámci lůžka je přiměřeně soběstačná.

Pacientka má zaveden permanentní močový katétr, sleduje se bilance tekutin a dle ordinace lékaře aplikována medikace a infuzní terapie do periferní žilní linky v levé kubitě. Invazivní vstup je asepticky ošetřen jednou za 24 hodin dle standardů a sledovány možné příznaky katérové infekce.

Pacientka je ohrožena rizikem pádu v souvislosti s poruchou tělesné hybnosti a aplikací analgetik, rizikem infekce v souvislosti se zavedenými vstupy, dále je ohrožena narušením kožní integrity v souvislosti s imobilizací. Dále je nemocná ohrožena imobilizačním syndromem.

### 6.3 Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit

#### Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. **Neefektivní dýchání 00032** v souvislosti s vynucenou polohou, úzkostí a bolestí projevující se dyspnoí, chvěním se nosních křídel, dušností a změnami frekvencí a hloubkou dechu.
2. **Akutní bolest 00132** způsobená základním onemocněním projevující se verbalizací bolesti, rozrušeným chováním, poruchou spánku, sténáním.
3. **Deficit tělesných tekutin 00027** způsobená sníženou potřebou pít, projevující se zvýšenou koncentrací moči, suchou kůží, sníženým turgorem kůže a slabostí.
4. **Porušena kožní integrita 00046** způsobena dlouhodobým tlakem projevující se defektem v sakrální oblasti.
5. **Zácpa 00011** v souvislosti s návykem nepravidelné defekace a sníženou potřebou pít projevující se vzedmutým břichem, bouřlivou flatuencí, tlakem v rectu.
6. **Zhoršená pohyblivost 00085** způsobena základním onemocněním a svalovou slabostí projevující se depresivní náladou a úzkostí a neschopností sebepěče.
7. **Porušený spánek 00095** v souvislosti s vynucenou polohou a změnou prostředí projevující se častým buzením v noci, verbalizací únavy a apatií.
8. **Deficit sebepěče vyprazdňování 00110** v souvislosti s omezenou aktivitou, nedostatkem příjmu tekutin projevující se sníženou úrovní péče o sebe.
9. **Deficit sebepěče při koupání a hygieně 00108** z důvodu slabostí a omezenou polohou projevující se sníženou úrovní péče sama o sebe.
10. **Strach 00146** z vývoje zdravotního stavu v souvislosti s úrazem a možnými komplikacemi projevující se verbalizací obav pacientky.

#### Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

1. **Riziko infekce 00004** v souvislosti se zavedením invazivních vstupů.
2. **Riziko pádu 00155** z důvodu vysokého věku, nespavosti, porušení tělesné mobility.

3. **Riziko imobilizačního syndromu 00040** v souvislosti s pobytem na lůžku, bolestí.

Ošetřovatelské diagnózy sestavila: Šnajdarová Petra


*Šnajdarová Petra*

#### 6.4 Autobiografická anamnéza ke konceptu bazální stimulace

*Tabulka č. 15 - Autobiografická anamnéza dle konceptu bazální stimulace*

Autobiografická anamnéza ke konceptu bazální stimulace	
<b>Pracoviště:</b>	Traumatologie JIP
	<b>Jméno a příjmení:</b> B. B.
<b>Příjem:</b>	8. 9. 2011
	<b>Rodné číslo:</b>
<b>Propuštěn:</b>	
	<b>Pojišťovna:</b>
	<i>nebo štítek</i>
<b>RODINA:</b> dcera	
<b>OSLOVENÍ KLIENTA:</b> Příjmením	pravák
<b>SOCIÁLNÍ SITUACE:</b> žije sama doma, kde ji navštěvuje dcera. Na návštěvy chodí i sousedka, která je zároveň její přítelkyní.	
<b>TYP OSOBNOSTI:</b> dle informací od rodiny je pacientka spíše uzavřená, nemá moc přátel a je negativistická. Nevyžaduje ničí pomoc a odmítá jakoukoliv péči ve svém životě. Vše se snaží zvládnout sama.	
<b>DENNÍ REŽIM:</b> dopoledne vaří, uklízí a pere, odpoledne odpočinek, četba a TV. Občas návštěva sousedky.	má rád (a): teplo
<b>KDY VSTÁVÁ:</b>	Brzy ráno okolo 6 h.

<b>DENNÍ SPÁNEK:</b>		Po obědě odpočinek u televize.			
<b>KDY CHODÍ SPÁT:</b>		Okolo 23 h.			
<b>ČINNOST BĚHEM DNE:</b>		Četba novin, knih, sledování televize, návštěva sousedky. Oblíbená činnost sledování okolí z balkonu během odpoledne.			
<b>SPÁNEK: kvalita spánku (např. klidný budí se, ...)</b>		Během noci se několikrát budí pro nutnost dojít si na toaletu. Neklidný spánek, občas užívá léky na spaní.			
<b>JAK SPÍ - zvyklosti:</b>		V teplé místnosti. Usíná při sledování televize.			
<b>DÉLKA SPÁNKU:</b>		Od 23 h do 6 h. Během noci se budí.			
<b>SLUCH:</b> Bez potíží		<b>ZRAK:</b> Brýle na čtení		<b>KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:</b>	
<b>STRAVA:</b> Nutnost zubní protézy.					
<b>OBLÍBENÉ JÍDLO, PITÍ:</b>		Bramborová kaše a karbenátky, po obědě káva s mlékem a 2 kostky cukru a večer před spaním pivo a 2 štamprličky alkoholu.			
<b>NEOBLÍBENÉ JÍDLO, PITÍ:</b>		Bylinkový čaj bez cukru.			
<b>SOBĚSTAČNOST:</b> Nesoběstačná					
<b>Jí sám</b>	Bývá krmem	Není soběstačný	Jí lžičkou	Pije z láhve	<b>Pije z hrníčku</b>
Jiné:		Má svůj hrníček, ze kterého doma popíjí.			

<b>HYGIENA:</b>	<b>Sám</b>	S pomocí	Neschopen	<b>VYPRAZDŇOVÁNÍ:</b> problematické 1 x za 5 dní s pomocí kapek
<b>JAK SI ČISTÍ ZUBY:</b>	<b>O protézy se stará sama kartáčkem</b>	Pravidelné	<b>Nepravidelné</b>	Volá si
<b>KOUPELE / SPRCHA:</b>	<b>Doma se myje každý den v umývadle v sobotu obvykle koupel za asistence dcery</b>	Chodí sám	<b>Plena-během dne používá Tena pleny 3 ks denně</b>	Podložní mísa
<b>OBLÍBENÉ VŮNĚ, TOALETNÍ POTŘEBY:</b>	<b>Mýdlo značky FA</b>	Poruchy:		
<b>KNIHY:</b>	<b>Harlequin</b>	Hudba (MP, CD)	<b>Vlastní CD: Dechovky (zlatý poklad české a moravské dechovky).</b>	
<b>RADIO STANICE:</b>	<b>Rádio Ostrava</b>	TV pořady:	<b>Dle rodiny nějaké seriály</b>	
<b>REAKCE PŘI BOLESTI, NEMOCI: Úzkostná, bolest dávala najevo, návštěvy lékaře.</b>				
<b>DOTEKY: jaké má rád (a), nerad (a): Má ráda doteky lidí. Hlavně vnoučat. Chrání si své soukromí. Když ji dcera pomáhá s koupáním, nevadí jí to.</b>				
<b>DŮLEŽITÝ ZÁŽITEK POSLEDNÍ DOBY: Narození pravnuka</b>				
<b>DONESENÍ OSOBNÍCH VĚCÍ:</b> (hračky, plyšáci, audiotechnika, obrázky, knížky, osobní věci apod.) <b>fotografie rodiny, obrázky, CD, časopisy, toaletní potřeby včetně krému, vlastní polštářek, hrníček, budík</b> <b>Dne: 9. 9. 2011 Zpracovala: Šnajdarová Petra</b>				
<b>Podpis:</b>				

## 6.5 Ošetrovatelské diagnózy aktuální

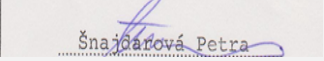
*Tabulka č. 16 – Ošetrovatelské diagnózy aktuální*

<p><b>Sesterská diagnóza:</b></p> <p>Neefektivní dýchání 00032 v souvislosti s vynucenou polohou, úzkostí a bolestí projevující se dyspnoí, chvěním se nosních křídel, dušností a změnami frekvencí a hloubkou dechu.</p>	
<p><b>Cíl:</b> Zlepšit kvalitu dýchání za podpory kyslíkové terapie a prvků konceptu BS do 16 hodin.</p> <p><b>Priorita:</b> vysoká</p>	
<p><b>Výsledné kritéria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pacientka má zlepšenou kvalitu dýchání,</li> <li>– pacientka vykašlává sputum efektivně sama dle potřeby,</li> <li>– pacientka zná léčbu kyslíkem a dobře jí toleruje,</li> <li>– pacientka rozpozná stav dušnosti ihned při zhoršeném dýchání,</li> <li>– pacientka zná a spolupracuje při masáži stimulující dýchání,</li> <li>– pacientka zná a spolupracuje při somatické stimulaci zklidňující.</li> </ul>	
<p><b>Plán intervencí:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– zajisti kyslíkovou terapii nosními brýlemi (všeobecná sestra),</li> <li>– zajisti přívod kyslíku přes zvlhčovač a ohřev (všeobecná sestra),</li> <li>– sleduj celkový charakter dýchání – frekvence hloubka typ a kvalitu a veď záznam (všeobecná sestra),</li> <li>– prováděj monitoring vitálních funkcí, stav vědomí a laboratorní hodnoty a veď záznam každou hodinu (všeobecná sestra),</li> <li>– sleduj saturaci kyslíkem na periférii (všeobecná sestra),</li> <li>– aplikuj inhalace dle ordinace lékaře (všeobecná sestra),</li> <li>– sleduj množství a charakter sputa (všeobecná sestra, lékař),</li> <li>– odeber sputum na bakteriologické vyšetření (všeobecná sestra),</li> <li>– sleduj barvu kůže, teplotu a barvu aker a kapilární plnění na periférii (všeobecná sestra),</li> <li>– dbej na zvýšenou hygienu dutiny ústní (ošetrovatelka),</li> <li>– prováděj masáž stimulující dýchání co 8 hodin (všeobecná sestra),</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>– prováděj somatickou stimulaci zklidňující pomocí koupele večer (všeobecná sestra),</li> <li>– prováděj polohování pacientky v rámci konceptu BS polohou hnízdo co 3 hodiny po domluvě s pacientkou (všeobecná sestra),</li> <li>– zajisti pravidelné větrání a klidné prostředí (všeobecná sestra, ošetřovatelka).</li> </ul> <p>Plán intervencí sestavila: Šnajdarová Petra</p>	
<p><b>Realizace: ze dne 9. 9. 2011 7 – 23 hod</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pacientce změřeny vitální funkce, zhodnocen stav vědomí. Fyziologické funkce jsou měřeny každou hodinu kontinuálně a průběžně zaznamenávány do dokumentace, souběžně je informován lékař. FF: TK 110/60 Torr, P – 124/min., D- 26/min., TT-36,8°C , SPO2 – 85 %, GCS- 13b,</li> <li>– pacientce kontinuálně aplikován zvlhčený kyslík 5l/min, zajištěna Fowlerova poloha,</li> <li>– provedena mikronebulizace s následnou masáží stimulující dýchání. Dostatečně byl vyvětrán box, bylo zajištěno klidné prostředí, pro aplikaci byla zvolena přední strana hrudníku. Na ruce sestra nanasla tělové mléko a zahřála mnutím na tělesnou teplotu. Položila ruce na zátylí pacientky. Pomalu a s lehkým tlakem posunovala ruce k pupku pacientky, tento pohyb provedla 3x, poté pacientce na hrudníku začala provádět kruhy, kterými zvedála a roztahovala hrudník do stran. Po dvou sériích kruhů, provedla sestra dvě série s mírnou vibrací rukou. Došlo k vykašlávání a uvolnění dýchacích cest od hlenů, prováděno co 6 hodin,</li> <li>– sekret z DC byl odebrán na bakteriologické vyšetření pomocí sterilního setu za aseptických podmínek,</li> <li>– provedena péče o dutinu ústní pomocí pomerančového džusu, pravidelně co 3 hodiny a podle potřeby,</li> <li>– zajištěna Fowlerova poloha s polohováním do hnízda. Pomocí perličkových vaků sestra pacientce ve zvýšené poloze na zádech (60 stupňů) ohraničila tělo pacientky, jeden polštář uložila od pravého</li> </ul>	<p><b>K. L.</b></p> <p><b>P. Š.</b></p>



<p>podpaží, dále pak pod kolena až pod druhou paži, druhým polštářem modelovala setra dolní končetiny. Polštářem byly podloženy DK k udržení elevace končetiny. Pacientka byla přikryta dekou do výše prsou, polohování prováděno co 3hodiny,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pacientce změřeny vitální funkce, zhodnocen stav vědomí. Fyziologické funkce jsou měřeny každou hodinu kontinuálně a průběžně zaznamenávány do dokumentace, souběžně je informován lékař. FF: TK: 110/60 torr, P: 98/min., D: 19/min., TT: 36,8°C, SpO<sub>2</sub> 92%, GCS: 15b,</li> <li>– pacientka edukována o léčbě kyslíkem a o významu mikronebulizace, verbalizuje pochopení problematiky,</li> <li>– rehabilitační cvičení s fyzioterapeutem, míčkování, aktivizace na lůžku</li> <li>– provedena večerní toaleta pomocí zklidňující somatické koupele. Poloha byla zvolená – v leže na levém boku. Bylo zajištěno dostatek pomůcek, času a soukromí pacientky. Koupel byla prováděná ve směru růstu chloupků. Začínala obličejem, za neustálé komunikace s nemocnou, končila na konečcích prstů.</li> </ul> <p>Stimulace zad probíhala na levém boku s nutností pomoci druhé sestry k otočení. Koupel zad byla vedená od páteře k zevní straně trupu. Po ukončení koupele byla pacientka uložena do polohy - v leže na zádech se zvýšenou polohou horní poloviny těla a zvolena poloha hnízdo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pacientce změřeny vitální funkce, zhodnocen stav vědomí. Fyziologické funkce jsou měřeny každou hodinu kontinuálně a průběžně zaznamenávány do dokumentace, souběžně je informován lékař. FF: TK: 110/60 Torr, P: 86/min., D: 16/min., TT: 36,8°C, SpO<sub>2</sub>: 96 %, GCS: 15b.</li> </ul>	<p>K. L.</p> <p>P. Š.</p> <p>P. Š.</p>
<p><b>Hodnocení:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– cíl byl splněn,</li> <li>– dýchá pravidelně, 16 dechů za minutu, bez známek dušnosti,</li> <li>– zná léčbu kyslíkem a dobře ji toleruje,</li> <li>– nemocná vykašlává sputum efektivně sama podle potřeby,</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>– spolupracuje a toleruje masáž stimulaující dýchání,</li> <li>– spolupracuje při somatické stimulaci zklidňující,</li> <li>– nemocná verbalizuje zlepšení svého stavu, rozezná příznaky dušnosti,</li> <li>– vitální funkce jsou stabilizované.</li> </ul> <p>Vypracovala všeobecná sestra: Šnajdarová Petra</p> <div style="text-align: right;">         Šnajdarová Petra     </div>	
<p><b>Sesterská diagnóza:</b></p> <p>Akutní bolest 00132 způsobená základním onemocněním projevující se verbalizací bolesti, rozrušeným chováním, poruchou spánku, sténáním.</p>	
<p><b>Cíl:</b> Zmírnění bolesti tak, aby bolest neomezovala denní činnosti pacientky do 24 hodin.</p> <p><b>Priorita:</b> střední</p>	
<p><b>Výsledné kritéria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pacientka umí používat analogovou škálu bolesti,</li> <li>– pacientka zná a používá úlevové polohy s ohledem na charakter onemocnění,</li> <li>– nemocná v noci spí,</li> <li>– pacientka je klidná a spolupracuje,</li> <li>– nemocná v raném stádiu rozpozná a informuje personál o bolesti,</li> <li>– nemocná má zájem o okolí a provádí vhodné aktivit.</li> </ul>	
<p><b>Plán intervencí:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– sleduj v pravidelných intervalech co 1 hodinu intenzitu a charakter bolesti vše průběžně zaznamenávej do dokumentace (všeobecná sestra),</li> <li>– edukuj pacientku o používání analogové škály bolesti a nauč ji používat (všeobecná sestra),</li> <li>– prováděj monitoring vitálních funkcí, stav vědomí a laboratorní hodnoty a veď záznam každou hodinu (všeobecná sestra),</li> <li>– sleduj účinek analgetik a prováděj záznam do dokumentace (všeobecná sestra)</li> <li>– podporuj během dne pacientku v sebeobslužných denních činnostech</li> </ul>	

<p>(všeobecná sestra),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– prováděj s pacientkou dle autobiografické anamnézy auditivní stimulaci (všeobecná sestra),</li> <li>– prováděj s pacientkou dle autobiografické anamnézy optickou stimulaci (všeobecná sestra),</li> <li>– vyhledej společně s pacientkou antialgické polohy v rámci konceptu BS (všeobecná sestra),</li> <li>– před spaním vyvětrej box a zajisti pacientce klid při usínání a během spánku (ošetřovatelka),</li> <li>– proved' somatickou stimulaci zklidňující před spaním (všeobecná sestra),</li> <li>– sleduj psychický stav nemocné (všeobecná sestra).</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Realizace: ze dne 10. 9. 2011 8 hod – 11. 9. 2011 8 hod</li> <li>– pacientce změřeny vitální funkce, zhodnocen stav vědomí. Fyziologické funkce jsou měřeny každou hodinu kontinuálně a průběžně zaznamenávány do dokumentace, souběžně je informován lékař. FF: TK: 130/60 Torr, P: 116/min., D: 16/min., TT: 36,8°C, SPO2: 94 %, GCS: 15b,</li> <li>– pacientka seznámena s vizuální analogovou škálou bolesti, poučena o jejím používání,</li> <li>– v pravidelných intervalech co 1 hodinu sledována intenzita a charakter bolesti vše průběžně zaznamenáváno do dokumentace a podávány informace lékaři,</li> <li>– sledována reakce na analgetizaci 30 minut po aplikaci a zaznamenávána do dokumentace před aplikací VAS 7, po aplikaci VAS 2,</li> <li>– umožněna nemocné návštěva rodinných příslušníků,</li> <li>– k optické stimulaci bylo využíváno obrázků, časopisů a fotografií, které přinesla rodina. Udržení pozornosti však nebylo dlouhodobé. Na JIP jsou stropy a okna vyzdobené různými obrázky. Na zdi je pověšená nástěnka, kde jsou umístěny fotografie a hodiny, tak aby na ně pacientka viděla. Často byla volena poloha polosed se</li> </ul>	<p><b>I. K.</b></p> <p><b>I. K.</b></p> <p><b>I. K.</b></p> <p><b>I. K.</b></p>

<p>zahnížděním, pokud ji pacientka tolerovala, k umožnění sledování jejího okolí dle autobiografické anamnézy (somatická stimulace),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– odpoledne bylo nemocné umožněno sledovat televizi (auditivní stimulace),</li> <li>– v průběhu odpoledne byl nemocné uložen jídelní a noční stolek k levé straně jejího lůžka z důvodu nácviku správného držení těla a uvědomění si postižené dolní končetiny (somatická stimulace),</li> <li>– provedena večerní toaleta pomocí zklidňující somatické koupele. Poloha byla zvolená - v leže na zádech. Bylo zajištěno dostatek pomůcek, času a soukromí pacientky. Koupel byla prováděná ve směru růstu chloupků. Začínala obličejem, za neustálé komunikace s nemocnou, končila na konečcích prstů.</li> <li>– Stimulace zad probíhala na levém boku s nutností pomoci druhé sestry k otočení. Koupel zad byla vedená od páteře k zevní straně trupu. Po ukončení koupele byla pacientka uložena do polohy - v leže na zádech se zvýšenou polohou horní poloviny těla a zvolena poloha hnízdo.</li> <li>– pomocí perličkových vaků sestra pacientce ve zvýšené poloze na zádech (60 stupňů) ohraničila tělo pacientky, jeden polštář uložila od pravého podpaží, dále pak pod kolena až pod druhou paži, druhým polštářem modelovala setra dolní končetiny. Polštářem byly podloženy DK k udržení elevace končetiny. Pacientka byla přikryta dekou do výše prsou, polohování prováděno cca 3 hodiny (somatická stimulace).</li> </ul>	<p>I. K.</p> <p>I. K.</p> <p>I. K.</p>
<p><b>Hodnocení:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pacientka pochopila a používá VAS,</li> <li>– pacientka již toleruje bolest a rozpozná nástup bolesti,</li> <li>– nemocná sedí na lůžku a čile komunikuje s návštěvou,</li> <li>– pacientka dobře reaguje na fotografie svých nejbližších v zorném poli,</li> <li>– nemocná pozitivně verbalizuje dobrý klidný spánek,</li> <li>– cíl byl splněn.</li> </ul> <p>Vypracovala všeobecná sestra: Šnajdrová Petra</p>	

  
 Šnajdrová Petra

<p><b>Sesterská diagnóza:</b></p> <p><b>Zácpa 00011</b> v souvislosti s návykem nepravdělné defekace a sníženou potřebou pít projevující se vzdučným břichem, bouřlivou flatuencí.</p>	
<p><b>Cíl:</b> Pacientka má obnovené normální fungování a vyprazdňování střev do 72 hod.</p> <p><b>Priorita: střední</b></p>	
<p><b>Výsledné kritéria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nemocná nemá pocit zvýšeného tlaku v břiše,</li> <li>– pacientka defekuje bez námahy,</li> <li>– nemocná má chuť k jídlu,</li> <li>– pacientka pochopila individuální zvláštnosti vyprazdňování,</li> <li>– pacientka spolupracuje při hledání vhodných způsobů defekace,</li> <li>– nemocná nepoužívá projímadla a čípky k navození každodenní defekace.</li> </ul>	
<p><b>Plán intervencí:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– motivuj pacientku k vyšší pohybové aktivitě,</li> <li>– podávej klyzma dle ordinace lékaře,</li> <li>– konzultuj jídelníček s nutričním terapeutem,</li> <li>– zajisti změny v pacientčině stravě,</li> <li>– zajisti dostatek tekutin po dobu hospitalizace,</li> <li>– zaznamenávej do dokumentace příjem tekutin za 24 hodin po dobu hospitalizace,</li> <li>– zjisti, co nemocný rozumí pod pojmem „normální“ fungování střev,</li> <li>– prodiskutuj s pacientkou fyziologický stav vyprazdňování a jeho přípustné odchylky,</li> <li>– pobízej nemocnou k aktivitám zaměřujícím jeho pozornost jiným směrem,</li> <li>– opakovaně zdůrazni souvislost mezi stravou, pohybem a vyprazdňováním stolice po dobu hospitalizace,</li> <li>– pouč pacientku o škodlivém účinku užívání laxativ.</li> </ul>	

**Realizace: dne 11. 9. 2011 – 12. 9. 2011**

- zajištěna konzultace s nutričním terapeutem,
- provedena změna v jídelníčku dle doporučení,
- edukována pacientka a rodinní příslušníci o postupné úpravě stravy,
- podáno očistné klyzma dle ordinace lékaře,
- intenzívně sledována bilance tekutin,
- nabízeny tekutiny bez cukrů,
- prováděna *vibrační stimulace* trupu a břicha na podporu peristaltiky každé 4 hodiny,
- rehabilitace s fyzioterapeutem, míčkování k uvolnění tonu a stimulaci peristaltiky,
- v rámci rehabilitačního ošetřovatelství pacientka posazena do křesla se zahnížděním k umocnění pocitu jistoty a opory. Kuličkový polštář ve tvaru rohlíku je veden pod levou horní končetinou poté pod koleno k pravé horní končetině. K navození fyziologického sezení obě plošky nohou obuté do papučí pevně seštra opře o podložku. Nemocná v této poloze čte noviny a poslouchá svůj oblíbený pořad v radiu. (*auditivní, somatická a taktilně haptická stimulace*),
- po uložení do lůžka opět proveden edukační rozhovor o škodlivém účinku laxantiv a významu ovoce a vlákniny ve stravě.

P. Š.

P. Š.

P. Š.

**Hodnocení:**

- cíl byl splněn
- pacientka defekovala s námahou
- nemocná má chuť k jídlu
- pacientka i rodina pochopili nutnost změny stravovacích návyků

Vypracovala všeobecná sestra: Šnajdrová Petra

Šnajdrová Petra

## 6.6 Celkové hodnocení

Dne 8. 9. 2011 ve 4 hodiny ráno se šla pacientka napít a upadla na levý bok. Byla přivezena RZP na halu Urgentního příjmu v 8:20 hod. Po diagnostice byla přijata na Traumatologické centrum JIP k operačnímu řešení fractury subcapitata femoris l.sin disloc. Stav pacientky byl hodnocen v prvních třech dnech hospitalizace.

Pacientka byla při příjmu uložena na polohovací resuscitační lůžko s antidekubitní matrací, kontinuálně byly sledovány vitální funkce pomocí patientského monitoru a centrálního monitoru, který uchovává naměřené hodnoty po celou dobu hospitalizace.

Po přijetí byla důkladně odebrána a zaznamenána ošetřovatelská anamnéza, byl zhodnocen psychický i fyzický stav pacientky, a na podkladě tohoto šetření byly stanoveny aktuální a potencionální diagnózy.

V pooperačním období bylo nejzávažnějším ošetřovatelským problémem neefektivní zhoršené dýchání s absencí expektorace. Pacientce byl kontinuálně aplikován kyslík, zajištěna Fowlerova poloha, prováděny mikronebulizace a na podporu expektorace a uklidnění pacientky masáž stimuluje dýchání a polohování pomocí prvků somatické stimulace. Po 14 hodinách dochází ke zlepšení dýchání, efektivnímu vykašlávání a zlepšení celkového stavu nemocné.

Během hospitalizace v prvních třech dnech jsme dále řešili akutní bolest způsobenou úrazem a operačním řešením. U pacientky byla zjištěna bolest končetiny pomocí vizuální analogové škály bolesti, byla dostatečně edukována, analgetizována dle míry bolesti a ordinace lékaře. Provedli jsme somatickou stimulaci v křesle a s ní spojenou optickou a auditivní stimulaci.

Vitální funkce byly po celou dobu stabilní i kognitivní a behaviorální funkce zůstaly stabilní i přesto že nemocná a její rodinní příslušníci udávají, že nemocná užívá pravidelně alkohol a léčila se s hepatopatií.

Sesterské intervence, které byly u pacientky naplánovány, byly vhodně zvoleny a správně realizovány. Pacientka verbalizuje spokojenost, pocit zlepšení zdravotního stavu a začíná i pozitivněji vidět svůj návrat domů

## 6.7 Doporučení pro praxi

V rámci dané problematiky a realizací ošetrovatelského procesu u pacientky s frakturou colli femoris, jsme dospěli k závěru, že je potřebné:

- aplikovat ošetrovatelský proces v praxi jako metodu, jejímž cílem je posunout sestru blíže k pacientovi a jeho potřebám,
- zajistit dostatečné množství kvalitního personálu na podkladě jasně daných kompetencí což přispívá ke zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče,
- kontinuálně zvyšovat vědomosti znalosti a dovednosti a odbornou kvalifikaci sester,
- poskytnou sestrám možnost řízeně aplikovat nové metody a koncepty do praxe na základě nabytých znalostí,
- zaznamenávat ošetrovatelské požadavky pacienta na ošetrovatelskou péči a realizovat ji metodou ošetrovatelského procesu,
- klást důraz na kvalitu a efektivnost ošetrovatelské péče,
- klást důraz na kognitivní a behaviorální potřeby nemocného,
- respektovat nemocného jako individuální jednotku, poskytnout mu srozumitelné informace o dané problematice,
- poskytnout úsměv ochotu porozumění a pochvalu,
- zabezpečit stimulující prostředí po celou dobu hospitalizace,
- zapojovat rodinu a příbuzné do procesu uzdravování, podpory a obnovování zdraví a navrácení do života,
- respektovat práva pacientů.



## ZÁVĚR

Téma bakalářské práce je zaměřeno na ošetrovatelskou péči o pacientku s frakturou colli femoris v pooperačním období s aplikací konceptu Bazální stimulace.

Cílem práce bylo vytvořit individuální ošetrovatelský plán s aplikací prvků konceptu Bazální stimulace do jednotlivých intervencí a jejich realizace v rámci ošetrovatelského procesu.

Koncept Bazální stimulace vnímání dává pacientům to, co ve své tíživé situaci nejvíce potřebují. Uvědomění si své vlastní individuality, svých vlastních pocitů, jedinečnosti a možnosti výběru. Splňuje aspekty bio-psycho-socio-spirituální potřeby nemocných a integrace do ošetrovatelského procesu není ztrátou času a energie pro ošetrovatelský tým. Ošetrovatelská péče dle tohoto konceptu začíná s včasnou rehabilitací a tím i výrazně stoupá kvalita života a snižuje se délka hospitalizace.

Nejdůležitější myšlenkou v ošetrovatelské péči sestry je, aby se vždy zabývala celou osobností člověka, a aby si vytvořila vztah vzájemné důvěry a porozumění. Cílem je dosáhnout co nejlepší kvality života pro nemocného.

*„Dotyk ovlivňuje vitální síly lidského těla.“*

*Jerome Liss*

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AMBLER, Zdeněk. 2004. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. Praha: Universita Karlova Karolinum. 2004. 399 s. ISBN 80-246-0080-3.
- Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi*. Sborník příspěvků Historicky III. mezinárodního kongresu Bazální stimulace. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2009. 70 s. ISBN 978-80-254-5815-0.
- Cesta k humánnímu ošetrovatelství. Sborník příspěvků historicky 2. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí*, Frýdek – Místek INSTITUT Bazální stimulace. 2007. ISBN 978-80-254-0757-8.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. 2010. *Bazální stimulace: Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz bazální stimulace Základní modul. 8. vydání*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2010. 31 s.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. 2009. *Bazální stimulace: Skriptum pro certifikovaný nastavbový kurz Bazální stimulace. 7. vydání*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2009. 25 s.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. 2005. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace, 2005. 100s. ISBN 80-239-6132-2.
- GURKOVÁ, Elena., et al. 2009. *Vybrané ošetrovatelské diagnózy v klinické praxi*. Martin: Osveta. 2009. 243 s. ISBN 978-80-8063-308-0.
- HARTL, Pavel., HARTLOVÁ, Helena. 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publihing. 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo 1*. Martin: Osveta. 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo 2*. Martin: Osveta. 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- KRISTINÍKOVÁ, Jarmila. 2005. *Rehabilitace v ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 51 s. ISBN 80-7368-224-9.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1995. *Rozhovor lékaře s pacientem*. Brno IDZVP 1995 155 s. ISBN 80-7013-187-0.
- MACHOVÁ, Jitka. 2002. *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Univerzita Karlova Karolinum, 2002, 269 s. ISBN 80-7184-867-0.
- MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- MICHALSKÝ, Rudolf. 2009. *Kapitoly z obecné traumatologie, traumatologie končetin a první pomoci pro studující ošetrovatelství*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2009. 81 s. ISBN 978-80-7248-538-3.
- MIKŠOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. I. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1412-6.
- MIKŠOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. II. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 171 s. ISBN 80-247-1443-4.
- ROKYTA, Richard. et al. 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
- TRACHTOVÁ, Eva., et al. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. s. 185. ISBN 80-7013-324-4.
- STAŇKOVÁ, Marta. 2004. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2004. s. 66.
- SYSEL, D.; BELEJOVÁ, H.; MASÁR, O. 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU. 2011. 280s ISBN 978-80-7399-289-7.
- TROJAN Stanislav.; LANGMEIER, Miloš. 2003. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. 2003. 771 s. ISBN 80-247-0512-5.
- VALENTA, Jiří. et. al. 2004. *Základy chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2004. 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VIŠŇA, Petr. et. al. 2004. *Traumatologie dospělých*. Praha Maxdorf. 2004.s.157 ISBN 80-7345-0834-8.

ŽVÁK, Ivo. et. al. 2006. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. Praha: Grada. 2006. s.207s. ISBN 80-247-1347-0.

## SEZNAM PŘÍLOH

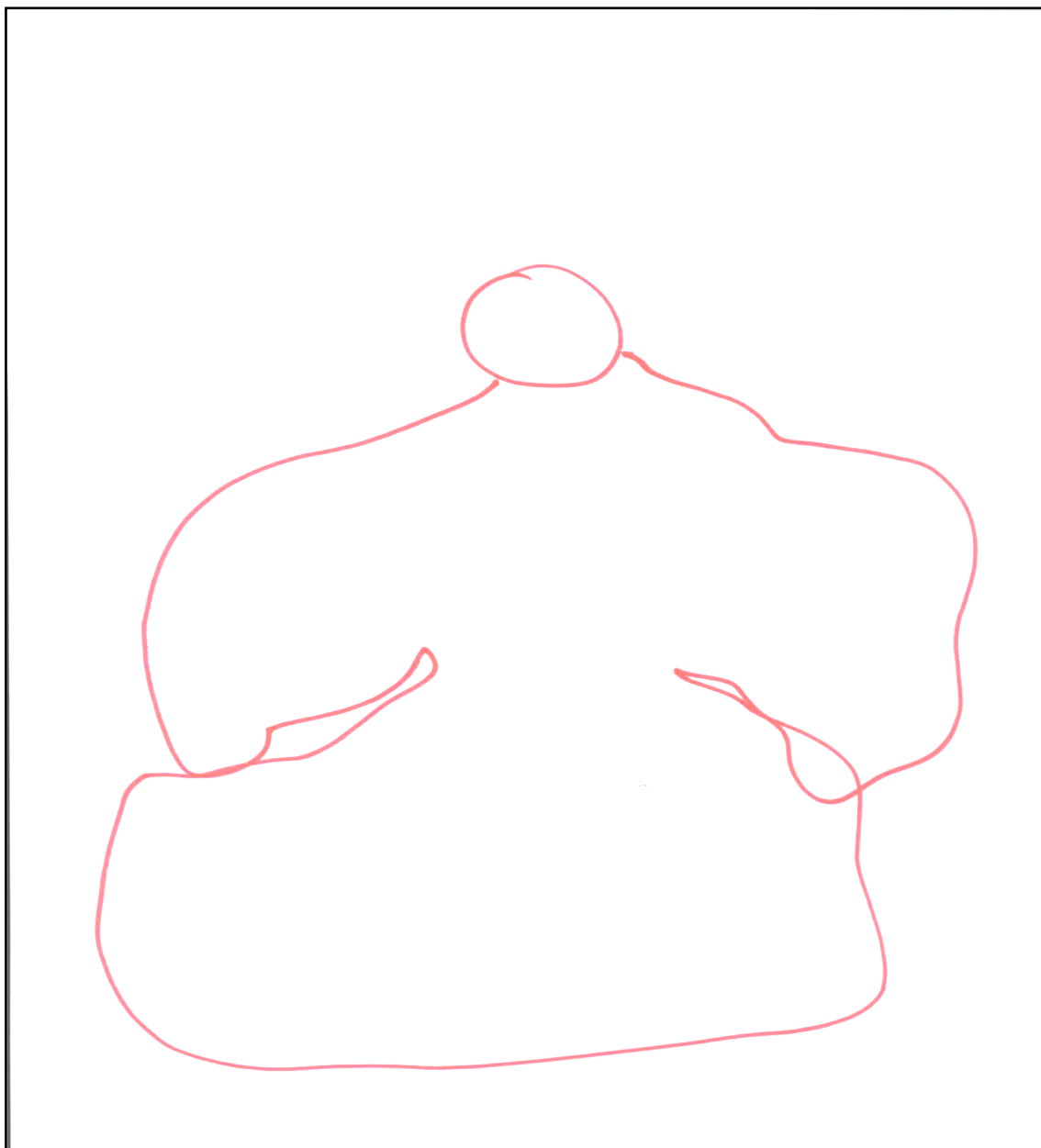
Příloha A – Hodnotící a měřicí techniky .....	II
Příloha B – Obrázek tělesných hranic před somatickou stimulací .....	III
Příloha C - Obrázek tělesných hranic po somatické stimulaci .....	IV
Příloha D – Mapa bolesti, vizuální analogová škála bolesti .....	V
Příloha E – Rešerše .....	VI
Příloha F – Žádost o povolení šetření .....	XI
Příloha G – Institut Bazální stimulace .....	XII
Příloha H – Certifikáty Bazální stimulace .....	XIV

# Příloha A - HODNOTÍCÍ A MĚŘÍCÍ TECHNIKY

Hodnotící a měřící techniky											
Test základních všedních činností podle Barthelové		Body	Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové		Body	Hodnocení rizika pádu		Body	Podrobný nutriční screening		Body
Přijem potravy	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0	Schopnost spolupráce	Úplná Částečně omezená Velmi omezená Žádná	4 3 2 1	Pohyb	Neomezený Používá pomůcky Pořekuje pomoc k pohybu Neschopen přesunu	0 2 1 1	Nutriční stav		0
Oblékání	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0	Věk	Do 10 Do 30 Do 60 Nad 60	4 3 2 1	Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc Nykutrie/inkontinence Vyžaduje pomoc	1 1 1	normální stav výživy		0
Koupání	Samostatně nebo s pomocí Neprovede	5 0	Stav pokožky	Normální Alergie Vlhká Suchá	4 3 2 1	Medikace	Nesduží rizikové léky Užívá následující léky: - analgetika i v. - anestetika - opiaty - diuretika - antiepileptika - antihypertenziva - antiparkinsonika - psychotropní léky - benzodiazepiny	0 3	úbytek tělesné hmotnosti > 5%/3 měsíce nebo příjem stravy 50-75% běžného příjmu v předchozím týdnu		1
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí Neprovede	5 0	Přidružené nemoci	Žádné Kachexie, TT, anemie Trombóza, obezita, alergie Karcinom	4 3 2 1	Smyslové poruchy	Žádné Vizuální, smyslový deficit	0 1	úbytek tělesné hmotnosti > 5%/2 měsíce nebo příjem stravy 25-50% běžného příjmu v předchozím týdnu nebo BMI 18,5-20,5 + zhoršení celkového stavu		2
Kontinence moči	Plně kontinentní Občas inkontinentní Trvale inkontinentní	10 5 0	Stav vědomí	Bolí Apatický, letargie Zmatený Bezvědomí	4 3 2 1	Mentální status	Orientován Občasnoční dezorientace Dřívější dezorientace demence	0 1 1	úbytek tělesné hmotnosti > 5%/1 měsíc nebo příjem stravy 0-25% běžného příjmu v předchozím týdnu nebo BMI ≤ 18,5 + zhoršení celkového stavu		3
Kontinence stolice	Plně kontinentní Občas kontinentní Trvale inkontinentní	10 5 0	Aktivita	Chodí Doprovod Sedačka invalidní vozík Leží	4 3 2 1	Stav po	anestezii sedaci operaci	3 3 3	Riziko vyplývající ze základní choroby		0
Použití WC	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0	Pohyblivost	Úplná Částečně omezená Velmi omezená Žádná	4 3 2 1	Věk	16 až 65 let Nad 65 let	0 1	bez metabolického stresu, nádor v remisi, technické hospitalizace		0
Přesun na lůžko – židli	Samostatně bez pomoci S malou pomocí Vydří sedět Neprovede	15 10 5 0	Inkontinence	Není Občas Převážně stolice Stolice i moč	4 3 2 1	Pád v anamnéze	Ano	1	třaskura femuru, chroničtí pacienti s akutní komplikací: cirhóza, CHOPN, chronická hemodialýza, onkologická onemocnění		1
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m S pomocí 50 m Na vozíku Neprovede	15 10 5 0	Celkové bodové hodnocení:			Přechodně po operaci : Přetrvávající - 24h po operaci :			větší chirurgický výkon, cévní mozková příhoda, demence, těžké pneumonie, hematologická onemocnění, onkologická onemocnění, oblasti ORL, horního gastrointestinálního traktu, pankreatu, plánovaná intenzivní chemoterapie či radioterapie (např. intenzifikovaná chemoterapie, chemoradioterapie, hyperfrakcionovaná radioterapie, velkoobjemová radioterapie)		2
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0	Zvýšené nebezpečí dekubitů je při skóre méně než 25 bodů						poranění hlavy, transplantace kostní dřeně, kriticky nemocný (APACHE II > 10)		3*
Celkové bodové hodnocení:			Hodnocení:			Nutriční stav + Riziko vyplývající ze základní choroby = Celkové bodové hodnocení			Hodnocení:		
Vysoce závislý		0 – 40 bodů	0 bodů			skóre 3 a vyšší pacient ohrožen :			0 bodů		
Závislost středního stupně		45 – 60 bodů	1-2 body			Celkové bodové hodnocení při přijetí			1-2 body		
Lehká závislost		65 – 95 bodů	23 body			Přechodně po operaci :			bilance příjmu strav, zvýšení p.o. příjmu, doplňková EV, informovat lékaře, konzultace NT		
Nezávislý		96 – 100 bodů	zpracování nutričního plánu			Přetrvávající - 24h po operaci :			lékářská spolupráce s NT event. nutricionistou, zpracování nutričního plánu		
Hodnocení:			Glasgow Coma Scale (GCS)			SKÓRE					
			ČINNOST			OTEVŘÁNÍ OČÍ			SLOVNÍ ODPOVĚĎ		
			OPOVĚĎ			MOTORICKÁ ODPOVĚĎ					
			sponitání		4	spontánní		4	zmatená		4
			na požádání		3	na požádání		3	jednoslovná		3
			na bolestivý podnět		2	na bolestivý podnět		2	neurčitá slova		2
			neustaví		1	neustaví		1	neurčitá slova		1
			orientovaná		5	orientovaná		5	žádná		1
			zmatená		4	zmatená		4	výběr na požádání		6
			jednoslovná		3	jednoslovná		3	lokalizuje bolest		5
			neurčitá slova		2	neurčitá slova		2	bolestivému podnětu určíhla		4
			spontánní		4	spontánní		4	flexe končetin		3
			na požádání		3	na požádání		3	převrátil		3
			na bolestivý podnět		2	na bolestivý podnět		2	extenze		2
			neustaví		1	neustaví		1	končetin na bolestivý podnět		2
			orientovaná		5	orientovaná		5	žádná		1

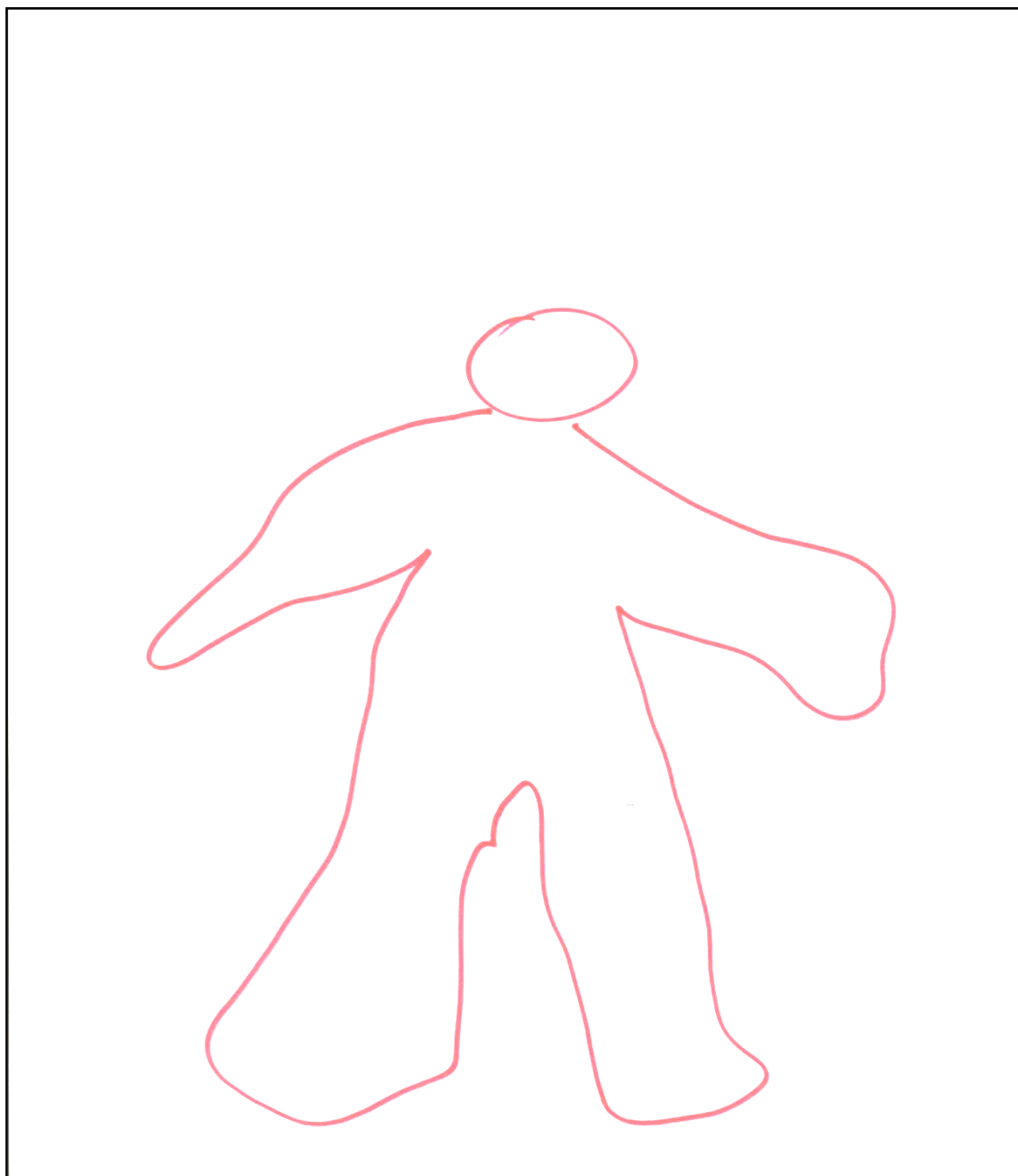
Zdroj: Katalog tiskopisů FNO

Příloha B - OBRÁZEK TĚLESNÝCH HRANIC PŘED SOMATICKOU STIMULACÍ  
V RÁMCI KONCEPTU BS



Zdroj: archiv Traumatologické centrum FNO

Příloha C - OBRÁZEK TĚLESNÝCH HRANIC PO SOMATICKÉ STIMULACÍ  
V RÁMCI KONCEPTU BS

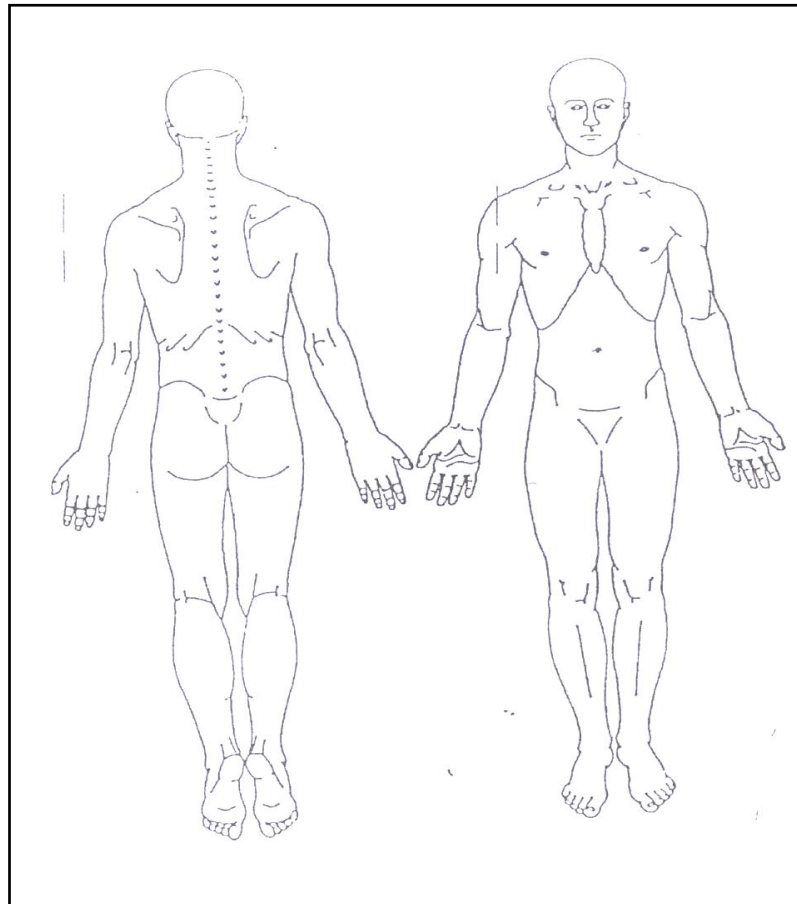


Zdroj: archiv Traumatologické centrum FNO



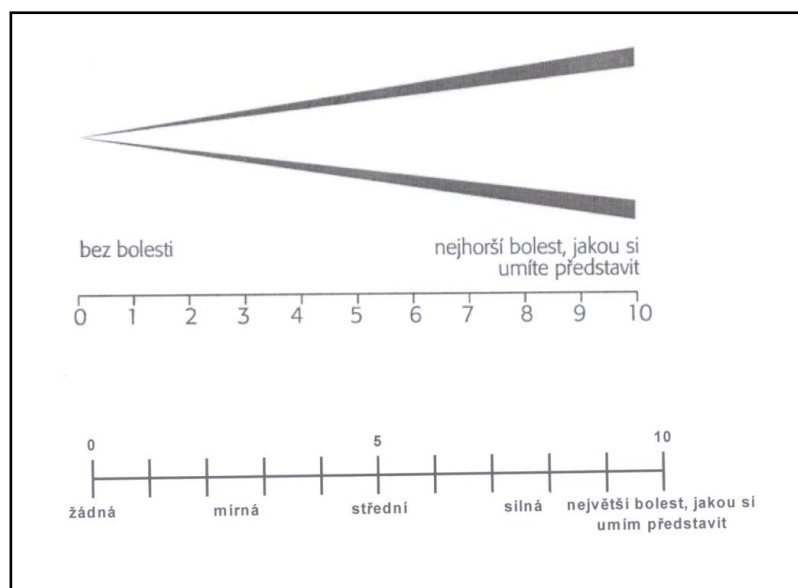
## Příloha D – MAPA BOLESTI, VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA BOLESTI

### Mapa bolesti



Zdroj: archiv Traumatologické centrum FNO

### Vizuální analogová škála bolesti



Zdroj: archiv Traumatologické centrum FNO



Univerzitní knihovna Ostravské univerzity v Ostravě

číslo rešerše: 153/11

Téma: Aplikace konceptu bazální stimulace u pacienta s  
fracturou coli femoris

**Oborové vymezení:**

**Klíčová slova (čeština):** Koncept Bazální stimulace, Fractura colli femoris

**Klíčová slova (angličtina popř. jiný jazyk):**

**Jazykové vymezení:** česky

**Poznámka:** -

**Časové vymezení:** -

**Typ rešerše:** jednorázová

**Použité zdroje:**

- **Odborné licencované databáze:**
- **Volně přístupné zdroje:** Jednotná informační brána (jib.cz)
- **Knihovní katalogy:** Katalog UK OU, Katalog MSVK
- **Další zdroje:** Google Scholar, Google, Databáze VŠKP OU, Informační systém MU

**Jméno autora:** Jiří Plešek

**Datum vypracování:** 21. 3. 2011

**Záznamy, kde je dostupný plný text dokumentu v databázích zpřístupňovaných na OU**  
<http://knihovna.osu.cz/index.php?id=45&kategorie=208>

**Záznamy, kde plný text není k dispozici a dokumenty je možné najít v katalogu OU**  
<https://aleph.osu.cz/F?RN=991043150> nebo je můžete získat prostřednictvím  
meziknihovní výpůjční služby <http://knihovna.osu.cz/index.php?kategorie=34596>

Katalog UK (dokumenty z fondu Univerzitní knihovny OU):  
<https://aleph.osu.cz/F?RN=184479419>

Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči / Karolína Friedlová. -- Vyd. 1.. -- Praha :  
Grada, 2007. -- 168 s. : il. ; 21 cm. -- (Sestra)  
ISBN 978-80-247-1314-4 (brož.)

Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství - 1. a 2. díl / Karolína Friedlová. -- 2.  
vyd.. -- Frýdek-Místek : Institut Bazální stimulace, 2006. -- 50,50 s. : il.  
ISBN 80-239-6132-2 (brož.)

Databáze VŠKP Ostravské univerzity v Ostravě:

<https://portal.osu.cz/wps/portal/dipl>

Název VŠKP Autor Vedoucí práce

[Koncept bazální stimulace v péči o žáky s kombinovaným postižením](#) Lažková, Zuzana  
Franiok, Petr

[Využití bazální stimulace v akutní ošetrovatelské péči](#) Wilczková, Michaela  
[Lapčiková, Eva](#)  
[Význam uplatnění metod bazální stimulace u dětí s kombinovaným postiže...](#) Psotová,  
Kristýna  
[Jakobová, Anna](#)

[Význam uplatnění metod bazální stimulace u dětí s kombinovaným postiže...](#) Widomská,  
Karin  
[Jakobová, Anna](#)

[Sledování významu použití techniky Masáže stimulující dýchání v koncep...](#) Lysková, Alice  
Friedlová, Karolína

[Somatická stimulace u neklidného dítěte v konceptu Bazální stimulace](#) Václavíková, Markéta  
[Bazální stimulace - stimulační koncept podporující komunikační a inter...](#) Hrabcová, Iveta  
[Kovářová, Renata](#)

[Bazální stimulace a její využití v intenzivní péči](#) Olbřímková, Martina  
[Plevová, Ilona](#)

[Charakter komplexní rehabilitace ve speciální škole \(význam bazální st...](#) Surá, Daniela  
[Jakobová, Anna](#)

[Charakter komplexů rehabilitace ve speciálních školách \(význam bazální...](#) Valentová,  
Markéta  
[Jakobová, Anna](#)

[Integrace bazální stimulace do ošetrovatelské péče](#) Jirušová, Petra  
[Rabasová, Pavlína](#)

Biblio Medica - online

<http://195.113.87.237/bmc/advanced.do>

(rozklikněte hypertextový odkaz, v některých případech obsahuje záznam i odkaz k plnému  
textu článku)

[Bazální stimulace a hyperbaroxie - základ úspěchu](#)

[Bazální stimulace - pohled ze zákulis](#)

Ošetřování nemocné s diagnózou zlomenina krčku stehenní kosti (kasuistika)

K výskytu postiradiačních zlomenin v oblasti kyčelních kloubů : k článku K. Mayera  
Postiradiační zlomenina obou krčků kostí stehenních

Fractures of the femoral neck: a review and personal statement

Jak žít s osteoporózou : osteoporóza, snížení tělesné výšky, potíže při chůzi do schodů, zlomenina obratle, bolesti zad, zlomenina krčku stehenní kosti : Calcidrink : komplexní osteonutraceutikum pro výživu kostí : bolesti zad, zlomeniny, osteoporóza, příčiny, příznaky, léčení

Zlomeniny proximálního femuru a jejich řešení

Katalog Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě  
<http://katalog.svkos.cz/F>

Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství 1 / Karolína Friedlová. -- 2. vyd. -- Frýdek-Místek : Institut bazální stimulace, 2006. -- 50 s. ; 30 cm  
ISBN 80-239-6132-2 (brož.)

Bazální stimulace [elektronický zdroj] / Karolína Friedlová. -- Vyd. 1.. -- Opava : Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, 2010. -- 1 CD-ROM : barev. ; 12 cm  
ISBN 978-80-7248-575-8 (CD-ROM)

Cesta k humánnímu ošetřovatelství : sborník příspěvků : historicky 2. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí / kolektiv autorů ; [pořadatel sborníku Karolína Friedlová]. -- Vyd. 1.. -- Frýdek-Místek : Institut bazální stimulace, 2007. -- 88 s. ISBN 978-80-254-0757-8 (brož.)

\* bazální stimulace \* ošetřovatelství \* těžce nemocní

Implementace konceptu bazální stimulace do ošetřovatelské péče v České republice / Karolína Friedlová

In: Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství : sborník příspěvků 1. Slezské konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí / kolektiv autorů ; [odpovědný redaktor Alexandra Archalousová]. -- Vyd. 1.. -- Opava : Slezská univerzita, 2006. -- ISBN 80-7248-388-9. -- s. 23-26

Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství / Karolína Friedlová. Vyd. 1. Frýdek-Místek : Institut bazální stimulace, 2005. -- 50 s. ISBN 80-239-6132-2

JIB (Jednotná informační brána, jib.cz) – články:

Zdroj: NK ČR - článková bibliografie (ANL)

Název: Implementace konceptu bazální stimulace do ošetřovatelské péče v České republice / Karolína Friedlová Autor: Friedlová, Karolína Zdrojový dokument: Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství : sborník příspěvků 1. Slezské konference ošetřovatelství s

[http://is.muni.cz/th/60166/lf\\_m](http://is.muni.cz/th/60166/lf_m)

Integrace konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské péče o seniory

(Hedvika Borýsková)

Diplomová práce

Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2008

Klíčová slova: bazální stimulace

[http://is.muni.cz/th/15495/lf\\_m/Diplomova\\_prace\\_2008\\_Hedvika\\_Boryskova.pdf](http://is.muni.cz/th/15495/lf_m/Diplomova_prace_2008_Hedvika_Boryskova.pdf)

Google Scholar (<http://scholar.google.cz>)

[KNIHA] Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči

K Friedlová - 2007 - books.google.com

Page 1. Bazální stimulace" v základní ošetrovatelské péči Page 2. Mgr. Karolína Friedlová První certifikovaná lektorka koncep- tu bazální stimulace v České republi- ce. V roce 1988 ukončila střední zdra- votnickou kolu. Poté ...

Počet citací tohoto článku: 8 - Související články - [Find @ OSU](#)

[PDF] VYUŽITÍ KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

[muni.cz](http://muni.cz) [PDF]PDD Přinosilová, M Kráčalíková - [is.muni.cz](http://is.muni.cz)

... pro vývoj jejich osobnosti. Pojem bazální znamená elementární (základní) nabídka, která se poskytuje v nejjednodušší podobě. Pojem stimulace se rozumí nabídka podnětů všude tam, kde těžce postižený člověk vzhledem k svému postižení není ...

Související články - [Zobrazit jako HTML](#)

[PDF] ZLOMENINY PROXIMÁLNÍHO FEMURU A JEJICH ŘEŠENÍ

[PDF] z [medicinapropraxi.cz](http://medicinapropraxi.cz)MUDP Hoza, MUDT Hála... - [medicinapropraxi.cz](http://medicinapropraxi.cz)

... Podrobnější Pipkinova klasifikace dělí zlomeni- nu hlavičky do 4 typů: Pipkin I: zadní luxace kyčle s ... Obrázek 8. Pertrochanterická zlomenina 39leté ženy a st. ... Obrázek 9. Oboustranné zlomeniny krčku femuru bez úrazového mechanismu u 76leté pacientky 4 měsíce po iradiaci ...

[PDF] LÉČEBNĚ-REHABILITAČNÍ PLÁN A POSTUP PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU

[PDF] z [muni.cz](http://muni.cz)MP Pospíšil... - [is.muni.cz](http://is.muni.cz)

... 29 1.3.4 Zlomenina krčku femuru .... 29 1.3.5 Revizní operace TEP .... 29 ... (Dungl 2005) 1.3.4 Zlomenina krčku femuru Často se vyskytuje u starých lidí např. po pádu. Tato zlomenina má špatné ...

[Google.cz](http://Google.cz)

[PDF]

BAZÁLNÍ STIMULACE V PRAXI

Formát souboru: PDF/Adobe Acrobat - [Rychlé zobrazení](#)

*Bazální stimulace* je jednou z ošetrovatelských a léčebných metod ... Koncept *bazální stimulace* je aplikován v akutní ošetrovatelské péči především u ...

[zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik04/tylova.pdf](http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik04/tylova.pdf) - [Podobné](#)

[DOC]

Co je bazální stimulace

Formát souboru: Microsoft Word - [Zobrazit jako HTML](#)

*Bazální stimulace* je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který podporuje v nejzákladnější rovině lidské vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti ...

[www.dop-hc.cz/download/bazalni-stimulace.doc](http://www.dop-hc.cz/download/bazalni-stimulace.doc)

### Co je bazální stimulace

*Bazální stimulace* je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. ...

[www.bazalni-stimulace.cz/bazalni\\_stimulace.php](http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php) - [Archiv](#) - [Podobně](#)

[Zobrazit další výsledky z webu www.bazalni-stimulace.cz](#)

[PPT]

### **BAZÁLNÍ STIMULACE**

Formát souboru: Microsoft Powerpoint - [Zobrazit jako HTML](#)

Přiblížit koncept *Bazální stimulace* studentům zdravotnické školy. Motivovat studenty k využití konceptu BS v praxi. Informovat zdravotnický personál o BS. ...

[www.bazalnimstimulace.ic.cz/prezentacia/Prezentace%20BS.ppt](http://www.bazalnimstimulace.ic.cz/prezentacia/Prezentace%20BS.ppt) - [Podobně](#)

[PDF]

### Zlomenina krčku

Formát souboru: PDF/Adobe Acrobat - [Zobrazit jako HTML](#)

*Zlomenina krčku* je přerušení souvislosti stehenní kosti, *femuru*, v místě ...

[www.ulekare.cz/clanek-pdf?id...search=zápal+plíc&from=30](http://www.ulekare.cz/clanek-pdf?id...search=zápal+plíc&from=30)

[PDF]

### ZLOMENINY PROXIMÁLNÍHO FEMURU A JEJICH ŘEŠENÍ

Formát souboru: PDF/Adobe Acrobat - [Rychlé zobrazení](#)

napsal/a MUDP Hoza - [Související články](#)

Pertrochanterická *zlomenina* 39leté ženy a st. p. osteosyntéze PFN. Obrázek 9. Oboustranné *zlomeniny krčku femuru* bez úrazového mechanismu u 76leté pacientky ...

[www.solen.cz/pdfs/med/2008/10/12.pdf](http://www.solen.cz/pdfs/med/2008/10/12.pdf)

## Příloha F – ŽÁDOST O POVOLENÍ ŠETŘENÍ

Šnajdrová Petra Dis.  
Mitušova 29  
Ostrava 3  
Tel. 597372638  
606410827

Fakultní nemocnice Ostrava  
Bc. Maria Dobešová  
náměstkyně pro OP

17. listopadu 1790  
708 52 Ostrava- Poruba

*V Ostravě dne 9. září 2011*

### **Žádost o povolení šetření**

*Vážená paní náměstkyně,*

obracím se na Vás s žádostí o povolení spolupráce s Vaší organizací za účelem získání dat pro šetření mé bakalářské práce. Studuji ve 3.ročníku studia bakalářského oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole zdravotnické o.p.s. v Praze. Pracuji ve FNO jako všeobecná sestra na JIP Traumatologického centra.

Se získanými daty budu zacházet dle platných etických norem a zachovám anonymitu pacienta. Vedoucím práce je Mgr. Eva Mynaříková. Bakalářská práce je na téma Aplikace Konceptu Bazální stimulace u pacienta s frakturou colli femoris na Jednotce intenzivní péče .

Žádám o povolení šetření v období od 15. 9. 2011 do 30. 11. 2011.

Vedení Traumatologického centra FN Ostrava, přednosta doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc. a vrchní sestra Bc. Miroslava Berková, byli informováni a souhlasí s použitím dat pro výše zmiňované účely.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

*Snajdrová Petra*  
Snajdrová Petra, Dis.

*Mon ES!*  
*Šnajdrová*  
FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA  
Bc. Mária Dobešová  
náměstek ředitele pro ošifovatelskou péči  
17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba

*Miroslava Berková*  
*Zuková*

- Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovateľský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Ošetrovateľská péče nebo pedagogické nabídky jsou strukturovány tak, aby podporovaly zachovalé schopnosti pohybu a komunikace, nebo vyhaslé reflexní schopnosti znovu obnovily (sací reflex, polykací reflex). Koncept má propracované rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání tělesného schématu (somatická stimulace). Podpora vnímání tělesného schématu prostřednictvím techniky konceptu Bazální stimulace usnadňuje rozvoj pohybových schopností.

- Bazální stimulace se uplatňuje v klinické praxi (především v intenzivní péči, také v neontologické intenzivní péči o nezralé novorozence), v následné péči (rehabilitační ústavy a odborné léčebny), v domovech pro seniory a v domovech pro osoby s postižením a také v hospicové péči, neboť u lidí s nezvratnými změnami jejich stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života.
- Bazální stimulace pomáhá zvyšovat kvalitu života a bezpečnost poskytované péče

INSTITUT Bazální stimulace s.r.o. nabízí:

- Základní akreditované kurzy Bazální stimulace (24 hod.)
- Nástavbové akreditované kurzy Bazální stimulace (16 hod.)
- Prohlubující kurzy Bazální stimulace (8 hod.)
- Supervize proškolených pracovníků s odborným poradenstvím a certifikací pracovníků
- Národní kongresy Bazální stimulace s mezinárodní účastí
- Odbornou literaturu konceptu Bazální stimulace

Základní kurz je akreditován Ministerstvem zdravotnictví ČR pro tyto profese: všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped a psycholog. Absolováním se získává zvláštní odborná způsobilost (14 kreditů).

Základní kurz je akreditován Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR pro pracovníky v sociálních službách a sociálního pracovníka.

Základní kurz je akreditován Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR pro speciální pedagogy, učitele speciálních škol a asistenta pedagoga.

Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky jsou kurzy akreditovány pro profese lékař, sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut a zdravotnický asistent. Tyto profese získají absolvováním certifikovanou pracovní činnost.

Absolventi kurzu obdrží kromě certifikátů jednotlivých ministrů také certifikát od Mezinárodní asociace Bazální stimulace. Certifikát je platný ve všech zemích Evropské unie.

„Bazální stimulace nám umožňuje léčit děti, nielen choroby“.

Prim. MUDr. Ľubica Kováčiková, PhD.,  
primárka Dětského kardiocentra SR  
Národného ústavu srdcových a cévných chorôb Bratislava

„Koncept Bazální stimulace by měl být samozřejmostí u všech poskytovatelů služeb sociální péče, kteří chtějí poskytovat své služby kvalitně a vyvířet také podmínky pro kvalitní život svých uživateli. Zejména u osob se zdravotním postižením a seniorů trpících demencí je Bazální stimulace nejen zásadním předpokladem kvalitní péče“.

Ing. Jiří Horecký, MBA,  
prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

„Princip Bazální stimulace je jednou z možných cest k maximální autonomii lidské bytosti při těsném kontaktu s pomáhající osobou. Bazální stimulace dává možnost alespoň trochu poodhalit některé z tajemství lidského života, případně pomáhá některé nedokonalosti napravit.“

MUDr. Zdeněk Novotný,  
ředitel Dětského centra Domeček (Kojenecký ústav Ostrava)  
a člen výboru Společnosti sociální pediatrie České lékařské společnosti J. E. Purkyně





## **INSTITUT Bazální stimulace s.r.o.**

je vzdělávací instituce  
akreditovaná:

**Ministerstvem zdravotnictví České republiky**  
**Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky**  
**Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy  
České republiky**  
**Ministerstvem zdravotnictví  
Slovenské republiky**

**INSTITUT Bazální stimulace s.r.o. je:**

členem Mezinárodní asociace Bazální stimulace  
přidruženým členem Asociace poskytovatelů  
sociálních služeb ČR

Smluvní partner Slovenské komory sester  
a porodních asistentek

*„Bazální stimulace nám umožňuje  
liečiť diéta, nielen chorobu“.*

Prim. MUDr. Lubica Kováčiková, PhD.,  
primářka Dětského kardiocentra SR  
Národního ústavu srdečních a cévních  
chorob Bratislava



*„Koncept Bazální stimulace  
by měl být samozřejmostí u všech  
poskytovatelů služeb sociální  
péče, kteří chtějí poskytovat své  
služby kvalitně a vytvářet také  
podmínky pro kvalitní život svých  
uživatelů. Zejména u osob se  
zdravotním postižením a seniorů  
trpící demencí je Bazální stimulace  
nejen zásadním předpokladem  
kvalitní péče“.*

Ing. Jiří Horecký, MBA,  
prezident Asociace poskytovatelů  
sociálních služeb ČR



*„Princip Bazální stimulace je  
jednou z možných cest k maximální  
autonomii lidské bytosti při těsném  
kontaktu s pomáhající osobou.  
Bazální stimulace dává možnost  
alespoň trochu poodhalit některá  
z tajemství lidského života, případně  
pomáhá některé nedokonalosti  
napravit.“*

MUDr. Zdeněk Novotný,  
ředitel Dětského centra Domeček  
(Kojenecký ústav Ostrava)  
a člen výboru Společnosti sociální  
pediatrie České lékařské společnosti  
J. E. Purkyně

## Příloha H – CERTIFIKÁTY BAZÁLNÍ STIMULACE



**INSTITUT Bazální stimulace, s. r. o.**

**Člen Mezinárodní asociace Bazální stimulace  
Vzdělávací instituce akreditovaná MZ ČR, MPSV ČR  
a MŠMT ČR**

**a Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky**

J. Opletala 680, 738 02 Frýdek-Místek  
IČ: 25889966 DIČ: CZ 25889966

Zapsán v obchodním rejstříku Krajského soudu Ostrava, oddíl C., vložka 24700



Internationaler Förderverein  
Basale Stimulation® e.V.

## Vertiefungstag - Basale stimulation® I

### Prohlubující inovační kurz Bazální stimulace® I.

*PETRA ŠNAJDAROVÁ, Di.S., d.ř. 1969*

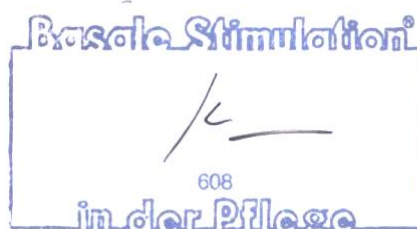
VOR- UND ZUNAME, GEBURTSDATUM / titul, jméno a příjmení, datum narození

**8 UNTERRICHTSTUNDEN / 8 vyučovacích hodin**

DATUM / Datum 8. 9. 2011



statutárního zástupce akreditovaného zařízení  
PhDr. Karolína Friedlová



PhDr. Karolína Friedlová  
**Praxisbegleiter Basale Stimulation®  
in der Pflege**

Kurz je registrován u Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, pořádán s jeho souhlasným stanoviskem, dle vyhlášky č. 423/2004 Sb. ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb., § 3 a vyhlášky č. 4/2010 Sb. a pozdějších změn a předpisů, náležím těmto profesím: všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, klinický psycholog, zdravotně sociální pracovník a zdravotnický záchranář 4 kreditní body. Registrační číslo akce: APSS ČR/PSZP/19/2011

# TEILNAHME FÜR



BASALE STIMULATION®  
IN DER PFLEGE

## AUFBAUSEMINAR BASALE STIMULATION® IN DER PFLEGE

Nástavbový seminář Bazální stimulace®  
v ošetrovatelské péči

Petra ŠNAJDAROVÁ; 2.8.1969

VOR- UND ZUNAME / jméno a příjmení

IN DER ZEIT VON / V době od 9.11. BIS / do 10.11.2006

16 UNTERRICHTSTUNDEN / 16 vyučovacích hodin

DATUM / Datum 10.11.2006



STEMPEL UND UNTERSCHIFT DER-DES KURSLEITERS / Razítko a podpis lektora

MGR. KAROLINA FRIEDLOVA, PRAXISBEGLEITER BASALE STIMULATION® IN DER PFLEGE